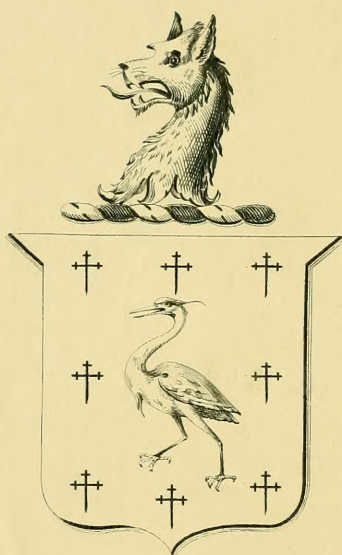


Grundriss der Psychiatrie

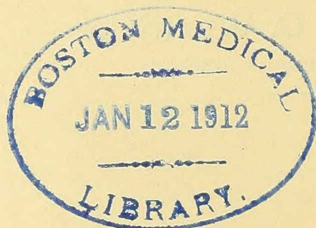
in

klinischen Vorlesungen

von

Dr. C. Wernicke
Professor in Breslau.

Leipzig
Verlag von Georg Thieme.
1900.



Druck von Fischer & Wittig in Leipzig.

Inhaltsverzeichniss.

Psycho-physiologische Einleitung.

Seite

Erste Vorlesung 1

Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten, praktisch aber dennoch von ihnen unterschieden. Projectionssystem und centrale Projectionsfelder. Associationsorgan. Gehirnkrankheiten zu definiren als: Krankheiten des Projectionssystems, Geisteskrankheiten als verbreitete Krankheiten des Associationsorganes. Gegensatz von primärer und secundärer Identification im Falle der Sprache.

Zweite Vorlesung 10

Begriffscentrum im Sprachschema durch beliebig localisirte Vorstellungen zu ersetzen. Ausgangsvorstellung und Zielvorstellung im Sprachschema. Verallgemeinerung des Sprachschemas. Arten der Bewegungen: Ausdrucks-, Reactiv-, Initiativ-Bewegungen. Die Störungen der secundären Identification sind psychosensorisch, psychomotorisch oder intrapsychisch bedingt.

Dritte Vorlesung 20

Natur der Erinnerungsbilder. Nachbilder der Retina und optische Erinnerungsbilder. Die Annahme besonderer Wahrnehmungs- und Erinnerungszellen ist zur Erklärung ungenügend. Localzeichen der Retina. Gesichtsvorstellungen.

Vierte Vorlesung 29

Der concrete Begriff eine Association von Erinnerungsbildern. Bewusstsein der Aussenwelt. Zahl der Begriffe. Causalitätsbedürfniss.

Fünfte Vorlesung 36

Der Körper ein Theil der Aussenwelt. Bewusstsein der Körperlichkeit eine Function der centralen Projectionsfelder. Organempfindung und sinnlicher Inhalt der Empfindungen. Gefühlston der Empfindungen. Auch die grossen Eingeweide im Bewusstsein der Körperlichkeit vertreten.

Sechste Vorlesung 48

Begriff der spontanen Bewegung, Unterschied von der Reflexbewegung. Lageempfindung und Lagevorstellung, Innervationsgefühle und deren Erinnerungsbilder, Bewegungsempfindung und Bewegungsvorstellung gehen sämmtlich aus Organempfindungen hervor. Auch die Tastempfindungen und Tastvorstellungen des Tastorgans der Hand sind aus Organempfindungen abzuleiten.

Seite

Siebente Vorlesung 58
Bewusstsein der Persönlichkeit oder Individualität. Ist es der Localisation zugänglich? Das Räthsel des Selbstbewusstseins.

Achte Vorlesung 67
Die Bewusstseinsthätigkeit abhängig von dem Bewusstseinsinhalt. Präformirte Ordnung der Gedankenverbindungen. Bewusstseinsenge. Grade des Bewusstseins, Aufmerksamkeit und Wille. Merkfähigkeit. Affecte. Normalwerthigkeit der Vorstellungen.

Die paranoischen Zustände.

Neunte Vorlesung 81
Uebersicht der klinischen Aufgaben. Geistesstörung. Geisteskrankheit. Paranoische Zustände. Die ungeheilten Geisteskranken. Krankendemonstrationen.

Zehnte Vorlesung 91
Krankenvorstellungen (Fortsetzung).

Elfte Vorlesung 101
Innere Verwandtschaft der abgelaufenen sogen. „alten" Fälle und der chronischen Psychosen. Erklärungswahnideen autopsychischer, allopsychischer und somatopsychischer Entstehung. Autochthone Ideen und Hallucinationen.

Zwölfte Vorlesung 112
Sejunctionshypothese und Versuch einer Erklärung der pathologischen Reizsymptome. Erklärungswahnideen in Folge von Motilitätssymptomen und von an sich normalen Functionen.

Dreizehnte Vorlesung 125
Hallucinationen von Sprachlauten oder Phoneme. Beziehungswahnvorstellungen autopsychischer, allopsychischer und somatopsychischer Entstehung.

Vierzehnte Vorlesung 135
Der retrospective Erklärungswahn. Die Erinnerungsfälschungen.

Fünfzehnte Vorlesung 145
Rückblick auf die bisher abgehandelten Elementarsymptome. Die überwerthigen Ideen.

Sechzehnte Vorlesung 155
Wann ist eine Geisteskrankheit abgelaufen?

Siebzehnte Vorlesung 162
Verlauf der chronischen Psychosen. Aetiologische Classification. Die Primordialdelirien Griesinger's.

Die acuten Psychosen und die Defectzustände.

Seite

Achtzehnte Vorlesung 177
Begriffsbestimmung der acuten gegenüber den chronischen Psychosen. Vorstellung eines fast geheilten Falles acuter Psychose. Bedingungen und besondere Färbung der Erklärungswahnideen. Einige neue Quellen der Wahnbildung: durch Analogieschluss, durch mangelnde Aufmerksamkeit, durch krankhafte Neubildung von Associationen.

Neunzehnte Vorlesung 188
Lehre von den Hallucinationen. Hallucinationen der verschiedenen Sinne. Combinirte und traumhafte Hallucinationen. Geschichtliches. Theorie der Hallucinationen.

Zwanzigste Vorlesung 203
Lehre von den Hallucinationen, Fortsetzung. Festigkeit der präformirten associativen Verbände. Betheiligung der Projectionsfelder an den Hallucinationen. Besondere Localisation der Erinnerungsbilder. Paraphasischer Rededrang der Paralytiker, Zwangsnachsprechen von Phonemen. Verschiedene Intensität der Erinnerungsbilder. Hypermetamorphose, Hyperästhesie. Modification des Schemas der Identificationsstörungen.

Einundzwanzigste Vorlesung 218
Desorientirung das Fundamentalsymptom jeder Psychose. Rathlosigkeit an die Bedingung acuter Entstehung geknüpft. Verschiedene Arten der Desorientirung und Rathlosigkeit. Daraus resultirende Handlungen. Motorische Desorientirung und Rathlosigkeit. Transitivismus.

Zweiundzwanzigste Vorlesung 227
Weiteres über überwerthige Vorstellungen. Lehre von den Illusionen. Gesetzmässiger Inhalt derselben. Gesetzmässiger Inhalt der Sinnestäuschungen überhaupt.

Dreiundzwanzigste Vorlesung 236
Vorstellung eines Falles von Angstpsychose. Krankheitsbild, Verlauf, Diagnose, Prognose, Behandlung. Abgrenzung gegen das Gebiet der Angstneurosen. Ein Beispiel hypochondrischer Angstpsychose.

Vierundzwanzigste Vorlesung 249
Intestinale, ascendirende und diffuse Somatopsychosen. Hypochondrische Reflexpsychosen. Schwere hypochondrische Psychose eines Potators. Beispiel von paralytischer Somatopsychose. Krankheitsbild, Handlungen somatopsychischer Rathlosigkeit. Ausgänge. Ueberblick der hypochondrischen Symptome.

Fünfundzwanzigste Vorlesung 270
Acute Hallucinose, Vorstellung eines typischen in Heilung übergegangenen Falles. Aetiologie, Gefahr der Recidive.

Sechsundzwanzigste Vorlesung 281
Vorstellung eines Alcoholdeliranten. Krankheitsbild. Aetiologie. Diagnose. Behandlung. Sectionsbefund.

Siebenundzwanzigste Vorlesung 295
Chronisches und protrahirtes Alcoholdelirium. Die polyneuritische Psychose. Die Presbyophrenie. Ein Fall von acuter asymbolischer Allopsychose.

Seite

Achtundzwanzigste Vorlesung 305
Ein Fall acuter Autopsychose auf hysterischer Basis, Schilderung autopsychischer Rathlosigkeit. Beispiel von alternirendem Bewusstsein, der „zweite Zustand“ französischer Autoren. Quartalssäufer. Heilung eines solchen durch Brombehandlung. Die erworbene moral insanity, eine besondere Form der Autopsychose. Beispiel eines solchen Falles von recidivirendem Verlauf.

Neunundzwanzigste Vorlesung 324
Acute expansive Autopsychose durch autochthone Ideen. Schwinden von Gedanken als Elementarsymptom. Zwangsvorstellungsneurose, Zwangsvorstellungspsychose. Gedankenlautwerden als Grundlage einer ascendirenden Form acuter Autopsychose.

Dreissigste Vorlesung 337
Vorstellung zweier entgegengesetzter Krankheitstypen. Excurs über den Willen. Krankheitsbild der affectiven Melancholie. Gefahr des Selbstmordes dabei. Phantastischer Kleinheitswahn. Phoneme und Visionen. Verlauf, Häufigkeit der Krankheit. Diagnose. Behandlung. Prognose.

Einunddreissigste Vorlesung 358
Krankheitsbild der reinen Manie. Nivellirung der Vorstellungen. Verlauf, Unterbrechung durch lichte Zwischenräume. Neigung zu Recidiven. Diagnose. Paralytische Manie. Der paralytische Grössenwahn ohne Manie. Kahlbaum's Progressiva divergens. Combinationen mit Melancholie. Circuläre Geisteskrankheit. Die chronische Manie.

Zweiunddreissigste Vorlesung 371
Krankenvorstellungen einer puerperalen und einer menstruell bedingten hyperkinetischen Motilitätspsychose. Pseudospontane Bewegungen. Eigenartigkeit der Bewegung. Fehlen des Rededranges dabei. Psychomotorischer Rededrang. Schilderung eines Falles von jactatoidem Bewegungsdrang. Verbigeriren beim Rededrang. Choreatischer Bewegungsdrang. Impulsive Handlungen. Rathlose Bewegungsunruhe. Hypermetamorphotischer Bewegungsdrang. Periodisch recidivirender Verlauf der Krankheit, Prognose und Behandlung.

Dreiunddreissigste Vorlesung 394
Verworrene Manie oder agitirte Verwirrtheit. Steigerung der intrapsychischen Hyperfunction zur Verwirrtheit. Verschiedene Grade der Ideenflucht. Zumischung sensorischer und motorischer Reizsymptome. Krankheitsbild. Die Amentia Meynert's. Asthenische Verwirrtheit als Phase der verworrenen Manie und als selbstständige Krankheit.

Vierunddreissigste Vorlesung 408
Beispiele von akinetischer Motilitätspsychose. Allgemeine Regungslosigkeit. Negativismus. Flexibilitas cerea. Muskelstarre. Verharren in Stellungen. Parakinetisches Verhalten beim Stehen und Gehen. Verbigeriren. Pseudoflexibilitas. Verhalten des Sensoriums. Katalepsie. Melancholia attonita oder cum stupore. Katatonie Kahlbaum's. Krankheitsverlauf. Ausgänge.

Fünfunddreissigste Vorlesung 439
Akinetische Phasen bei hyperkinetischer Motilitätspsychose. Cyklische und

Seite

complete Motilitätspsychose. Bedeutung des paranoischen Stadiums. Excurs über intrapsychische Akinese. Kennzeichen der psychomotorischen Akinese. Theoretische Betrachtungen zum Verständniss der Motilitätspsychosen.

Sechsunddreissigste Vorlesung 459

Einfache oder Grundformen der acuten Psychosen. Gemischte und zusammengesetzte Psychosen. Beispiele.

Siebenunddreissigste Vorlesung 474

Die progressive Paralyse eine ätiologische Krankheitsgruppe. Prodromalsymptome. Spinale und corticale Symptome. Verschiedene Formen der paralytischen Psychosen. Verlauf als zusammengesetzte Psychose. Die paralytische Demenz. Remissionen und paralytische Anfälle. Atypische Paralyse. Aufsteigende Paralyse. Diagnose. Behandlung. Anatomischer Befund.

Achtunddreissigste Vorlesung 500

Bemerkungen zur Aetiologie der acuten Psychosen. Aetiologische Gruppirung der Psychosen. Alcoholpsychosen. Eifersuchtswahn der Trinker. Alcoholischer Stupor. Pseudoparalyse. Cocainismus. Polyneuritische Psychosen durch Blei- und Arsenikvergiftung, bei Tuberculose und Syphilis. Hereditäre Psychosen. Epileptische Psychosen. Perseveration.

Neununddreissigste Vorlesung 514

Fortsetzung der ätiologischen Gruppirung der Psychosen. Hysterische Absenzen. Das hysterische Delirium. Pubertätspsychosen oder hebephrenische Psychosen. Kahlbaum's Heboid. Senile Psychosen. Klimakterische Psychosen. Menstrualpsychosen. Puerperalpsychosen. Allgemeine und specielle Aetiologie. Inanitionsdelirium. Symptomatische Psychosen.

Vierzigste Vorlesung 527

Krankheitsverlauf. Körpergewichtscurve. Intensive und extensive Krankheitscurve. Accumulirender und substituirender Verlauf. Ausgang in Tod, in psychische Invalidität, in paranoische Zustände. Inhaltliche Verwirrtheit. Dementia oder Blödsinn und Schwachsinn. Angeborene und erworbene Demenz, Ursachen derselben. Paralytische Demenz, postapoplektische, epileptische, alcoholistische, hebephrenische Demenz.

Einundvierzigste Vorlesung 551

Dissimulation und Simulation von Geistesstörung. Aufgaben der Anstaltsbehandlung. Schlussbetrachtungen über die Aussicht auf eine pathologisch-anatomische Begründung der Psychosen.

Grundriss der Psychiatrie

in

klinischen Vorlesungen

von

Dr. C. Wernicke
Professor in Breslau.

Theil I.

Psycho-physiologische Einleitung.

Leipzig
Verlag von Georg Thieme.
1894.

Druck von Fischer & Wittig in Leipzig.

Vorwort.

Es war ursprünglich nicht meine Absicht, die vorliegende Einleitung zur klinischen Darstellung der Geisteskrankheiten selbstständig erscheinen zu lassen. Wie sie zunächst den Zweck erfüllen sollte das Organ zu beschreiben, an welchem die zu schildernden Krankheitsäusserungen vorkommen, so giebt sie auch Anschauungen wieder, die sich wesentlich unter dem Einfluss langjähriger klinischer Erfahrungen ganz allmählich entwickelt haben. Sie erfährt also in den Thatsachen der Krankheitslehre überall ihre Begründung und Vervollständigung.

Durch den Einfluss eines Vertreters der theoretischen Naturwissenschaft habe ich mich jedoch bestimmen lassen, ein selbstständiges Heft daraus zu bilden. Sein Urtheil, dass das breitere naturwissenschaftliche Publicum ein lebhaftes Interesse daran nehmen würde, musste ich gegenüber dem meinen, naturgemäss befangenen, als maassgebend anerkennen. Wenn nun dieser verehrte Mann von unzweifelhafter Competenz aber vielleicht zu grosser Nachsicht des Urteils diese entschuldigenden Zeilen zu Gesicht bekommt, so möge er zugleich meinen Dank für die in den Stunden und Tagen eines zufälligen Zusammentreffens mir gewordenen Anregungen und Belehrungen entgegennehmen.

Breslau, im August 1894.

Der Verfasser.



Erste Vorlesung.

Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten, praktisch aber dennoch von ihnen unterschieden. Projectionssystem und centrale Projectionsfelder. Associationsorgan. Gehirnkrankheiten zu definiren als: Krankheiten des Projectionssystems. Geisteskrankheiten als verbreitete Krankheiten des Associationsorganes. Gegensatz von primärer und secundärer Identification im Falle der Sprache.

Meine Herren!

Der Gegenstand, welcher uns hier beschäftigen soll, die Lehre von den Geisteskrankheiten, ist eigentlich ein Theilgebiet der inneren Medicin, das aber durch seine praktische Wichtigkeit und aus anderen Gründen mehr äusserlicher Art von jeher eine besondere Behandlung erfordert und erfahren hat. Leider ist es zugleich dasjenige Gebiet, welches in seiner Entwickelung zurückgeblieben ist und noch jetzt auf einem Standpunkt steht, wie etwa vor einem Jahrhundert die gesammte übrige Medicin. Sie wissen, dass damals eine entwickelte Krankheitslehre in unserem modernen Sinne, d. h. eine solche, welche sich auf die krankhaften Störungen von Einzelorganen bekannter Function stützte, noch nicht vorhanden war, und dass man deshalb gewissen Symptomen, welche besonders häufig, wenn auch in den verschiedensten Gruppirungen wiederkehrten, die Bedeutung von Krankheitsgattungen zuschrieb. Mit diesem Standpunkt ging die ärztliche Kenntniss von den Krankheiten nicht weit über dasjenige Wissen hinaus, das wir noch jetzt beim Laienpublicum verbreitet finden, wenn es den Husten, das Herzklopfen, das Fieber, die Gelbsucht, die Bleichsucht und die Abzehrung als eigentliche Krankheiten betrachtet. Genau dies ist der gegenwärtige Standpunkt der Psychiatrie, wenigstens bei der Mehrzahl der Irrenärzte, ihrer Vertreter. Gewisse Symptome von

besonderer Prägnanz bilden auch für sie das eigentliche Wesen der Krankheit, so eine deprimirte Gemüthslage im weitesten Sinne das Wesen der Melancholie, die gehobene Stimmung mit einem Ueberschuss von Bewegungen das der Manie u. dgl. mehr. Man unterscheidet jetzt eine ganze Anzahl derartiger vermeintlicher Krankheiten. Da aber in der Natur die Combination der Symptome bei weitem mannigfaltiger und zusammengesetzter ist, so ergiebt sich daraus die Nothwendigkeit, den künstlichen Rahmen bald weiter, bald enger zu fassen, was von den verschiedenen Beobachtern in sehr verschiedener Weise geschieht; trotz allem Bemühen, die Krankheitsfälle künstlich in eine Form zu bringen, dass sie in den Rahmen hineinpassen, bleibt dann doch noch eine grosse Zahl von Fällen übrig, welche sich nicht zurechtzwängen lassen und auf keine Weise dem Rahmen anbequemen. Ja, wer unbefangen urtheilt und die nöthige Erfahrung besitzt, der findet, dass die grosse Ueberzahl der Fälle sich der üblichen Betrachtungsweise nicht fügen will. Dabei gebe ich bereitwillig zu, dass auch die Psychiatrie in neuerer Zeit erhebliche Fortschritte aufzuweisen hat. Die Arbeit von Männern wie Griesinger, H. Neumann, Kahlbaum, Meynert, Emminghaus und manchen Anderen ist nicht vergeblich geblieben. Aber selbst von diesen hervorragenden Forschern ist noch jeder der Versuchung erlegen, einzelne Symptome mit dem Wesen der Krankheit zu verwechseln, und wie tief der Durchschnittsstandpunkt der Psychiatrie noch heut steht, kann man daran ermessen, dass die herrschende Lehre von der Verrücktheit, deren Verdienst in einer bequemen Nomenclatur aufgeht, sich noch jetzt allgemeiner Anerkennung erfreut und von einem Denker wie Meynert s. Z. als Fortschritt begrüsst werden konnte.

Unter diesen Umständen ist der Lehrer der Psychiatrie darauf angewiesen, über Gebühr, wenn man den Maassstab einer anderen Disciplin anlegen will, bei der Symptomatologie zu verweilen. Seine Aufgabe aber hierbei wird ihm klar vorgezeichnet sein, er wird wie bei den Schwesterdisciplinen der Medicin verfahren und die Symptomatologie aus den bekannten Eigenschaften des Organes herleiten müssen, um dessen Erkrankung es sich handelt, d. h. in unserem Falle aus den Eigenschaften des Gehirns. Nur dieser Weg bietet uns die Aussicht, eine natürliche, d. h. im Wesen der Dinge begründete und zugleich erschöpfende Eintheilung und Uebersicht der Symptome zu gewinnen.

Die Voraussetzung, dass die Geisteskrankheiten Gehirnkrankheiten sind, wird wohl heute von keinem Fachmann mehr be-

stritten.[1]) Gehen wir davon aus, so müssen wir bald hinzufügen, Krankheiten des Gehirns von besonderer Art und besonderem Sitz; denn mit den sogenannten organischen Gehirnkrankheiten, die uns ja weit besser bekannt sind, sind sie keinesfalls identisch. Erinnern wir uns der Eintheilung der Gehirnkrankheiten in Heerderkrankungen und Allgemeinerkrankungen, so liessen sich die Geisteskrankheiten sicher nicht unter die ersteren, wohl aber vielleicht unter die letzteren subsumiren. Bekanntlich sind es wesentlich zwei Allgemeinerkrankungen, welche den organischen Gehirnkrankheiten zugerechnet werden: die Meningitis und die progressive Paralyse. Nichts würde uns hindern, ihnen die Geisteskrankheiten als dritte Kategorie anzureihen. Es entsteht nun aber die Frage, welches sind die fundamentalen Merkmale, wodurch sich diese dritte Kategorie von Allgemeinerkrankungen des Gehirns von den beiden anderen sogenannten organischen unterscheidet.

Um dieser Frage näher zu treten, müssen wir uns einen Augenblick mit der Symptomatologie der Gehirnkrankheiten überhaupt beschäftigen. Alle Symptome der Gehirnkrankheiten sind, wie Sie wissen, entweder Heerdsymptome oder Allgemeinerscheinungen. Die vorbezeichneten beiden Allgemeinerkrankungen des Gehirns, welche zu den organischen Gehirnkrankheiten gehören, sind Beispiele von Gehirnkrankheiten mit überwiegenden Allgemeinerscheinungen im klinischen Bilde. Andererseits sind sie aber geradezu charakterisirt dadurch, dass auch Heerdsymptome bei ihnen auftreten, ja man kann wohl sagen, niemals gänzlich vermisst werden; die Geisteskrankheiten dagegen zeigen derartige Heerdsymptome nicht. Demnach würden die Geisteskrankheiten Allgemeinerkrankungen des Gehirns darstellen von der besonderen Art, dass sie niemals von Heerdsymptomen begleitet sind.

Meine Herren! die Wichtigkeit, welche nach dieser Begriffsbestimmung die Heerdsymptome auch für unsern Gegenstand erlangen, lässt es gerathen erscheinen, das Wesen derselben näher ins Auge zu fassen. Durch Meynert haben wir erfahren, dass die willkürliche Musculatur und die Sinnesorgane mit der Rinde des grossen Gehirns durch leitende Bahnen verknüpft sind, welche sich in physiologischer Continuität durch das Gehirn, das Rückenmark und das peripherische Nervensystem erstrecken. Die Summe dieser Bahnen, in denen das Gesetz der isolirten Leitung herrscht, nennt er das Projectionssystem

1) Nur darüber, in wie weit sie functioneller Natur oder durch palpable Veränderungen bedingt sind, herrscht eine Meinungsdifferenz.

und giebt damit der Thatsache der physiologischen Continuität im Gegensatze zur anatomischen Continuität — einer Thatsache, welche durch neuere Forschungen als durchweg gültig herausgestellt ist — einen klaren und unzweideutigen Ausdruck. Entsprechend der Eintheilung des grossen Gehirns in zwei Hemisphären ist auch das Projectionssystem in zwei Hälften gegliedert, bekanntlich mit der Anordnung, dass Motilität und Sensibilität je einer Körperhälfte der entgegengesetzten Grosshirnhemisphäre zugeordnet ist.[1]) Der Ausdruck Projection ist offenbar aus dem Gebiete der Optik entlehnt; wie hier der Gang der Strahlen durch ein Linsensystem genau zu verfolgen ist, so bleibt auch trotz aller Einschaltung von Ganglienelementen in den Bahnen des Projectionssystems die physiologische Continuität und die isolirte Leitung überall gewahrt. Die Mehrzahl der Heerdsymptome lässt sich ungezwungen auf locale Unterbrechung oder Reizung der im Projectionssystem enthaltenen Leitungsbahnen zurückführen.

Eine zweite Reihe von Heerdsymptomen lässt sich auf die Thatsache zurückführen, dass auch die End- bezw. Ursprungsstätten der im Projectionssystem enthaltenen Bahnen an verschiedenen Stellen der Grosshirnrinde localisirt sind. Das in jenen herrschende Gesetz der isolirten Leitung erstreckt sich auf diese Weise bis auf ihre Einmündung in bestimmte Rindenbezirke des Grosshirns. Solche Endstätten des Projectionssystems, — wir wollen sie Projectionsfelder nennen — sind uns beispielsweise bekannt für den Tractus opticus im Hinterhauptslappen, für den Acusticus im Schläfelappen, für Motilität und Sensibilität des Beines, Armes, Faciolingualgebietes in dem sogen. oberen, mittleren und unteren Drittel der beiden Centralwindungen, für die motorische Sprachbahn in der Broca'schen Windung. Damit ist natürlich nicht gesagt, dass für die Art und Weise der Projection innerhalb dieser Gebiete etwa dieselbe Anordnung maassgebend ist, welche sich in den Fasern eines peripherischen Nerven vorfindet. Wir wissen im Gegentheil, dass in den Projectionsfeldern der Rinde die Zusammenfassung von in der Peripherie oft weit aus einander liegenden Nervengebieten zu gemeinschaftlicher Function stattfindet und führen als bekanntestes Beispiel hierfür das Projectionsfeld der Sprache in der Broca'schen Windung an. Wie wir später sehen werden, muss das Princip der Function deshalb das maassgebende für die Art und Weise ihrer Projection in der Hirnrinde sein, weil nur das functionirende Nervensystem Beziehungen zu der Hirnrinde gewinnt. Damit hängt eine zweite Eigenschaft der

1) Wenigstens trifft das im Grossen und Ganzen zu.

Projectionsfelder zusammen: die Projectionsfelder der Rinde sind zugleich die Stätten, wo die Erinnerungsbilder der verschiedenartigen functionellen Leistungen des Nervensystems ihren Sitz haben. Die Localisation der Erinnerungsbilder folgt also dem gleichen Princip, so dass der Hinterhauptslappen zugleich die Stätte der optischen, der Schläfelappen die der acustischen Erinnerungsbilder bildet, das sogen. mittlere Drittel der Centralwindungen — die Armregion — zugleich die Erinnerungsbilder der mit der Hand erworbenen Tasteindrücke enthält. Auch der Ausfall derartig bestimmter Kategorien von Erinnerungsbildern gehört zu den Heerdsymptomen der Gehirnkrankheiten.

Demnach zeigen sich die Heerdsymptome durchweg dadurch charakterisirt, dass sie die gestörte Function des Projectionssystems, sei es in seinen Bahnen, sei es in den Projectionsfeldern der Rinde, zur Darstellung bringen. Sind also die Heerdsymptome des Gehirns sämmtlich auf Functionsstörungen des Projectionssystems und seiner Endstätten in den verschiedenen Projectionsfeldern der Grosshirnrinde zurückzuführen, so sind die Geisteskrankheiten vor den beiden anderen sogen. organischen Allgemeinerkrankungen des Gehirns dadurch ausgezeichnet, dass das Projectionssystem und die Projectionsfelder dabei nicht in Mitleidenschaft gezogen werden.

Meine Herren! Ueber die Ausdehnung der Projectionsfelder in der Grosshirnrinde und ihre genauere Localität sind wir bis jetzt nur zum Theil unterrichtet. Es könnte aber leicht sein, dass der Fortschritt unserer Kenntnisse in dieser Beziehung zu dem Ergebniss führt, dass die gesammte Rinde des grossen Gehirns von derartigen Projectionsfeldern eingenommen wird. Werden wir dann nicht bei unserem Suchen nach einer Localität, die den Ort der Erkrankung darstellt, aus dem Gehirn hinaus und ins Transcendentale verwiesen? Nun, dies ist durchaus nicht der Fall, es steht uns vielmehr jenseits der Projectionsfelder noch ein anatomisches Substrat von mächtigem Umfange zur Verfügung, das wir mit gutem Recht als Sitz der Geisteskrankheiten in Anspruch nehmen dürfen, nämlich das System der zur Verbindung der Projectionsfelder unter einander dienenden Associationsfasern. Trifft dies zu, so bilden die Geisteskrankheiten die besonderen Krankheiten dieses Associationsorganes.

Zerstörung derartiger Associationsbahnen anzunehmen sind wir auch schon bei gewissen Heerderkrankungen des Gehirns genöthigt; sie bilden in der That den natürlichen Uebergang zu den Geisteskrankheiten. Ein Fall der Art liegt in gewissen seltenen Beispielen sogenannter transcorticaler Aphasie vor.

Meine Herren! Von Alters her hat man gerade an die Aphasie die Hoffnung geknüpft, dass sie den Ausgangspunkt bilden werde, von dem aus ein Verständniss der Geisteskrankheiten sich anbahnen könnte. Dass wir in dieser Hoffnung nicht getäuscht worden sind, dass es vielmehr wirklich Fälle von Aphasie giebt, welche im innigsten Zusammenhange mit bekannten Geisteskrankheiten stehen, möge Ihnen der Kranke beweisen, dessen Demonstration uns jetzt beschäftigen soll.

Sie sehen einen Kranken vor sich,[1]) der die Spuren einer schweren Geisteskrankheit, die er in den Jahren 1885—89 überstanden hat, noch jetzt von Weitem kenntlich an sich trägt. Er steht und geht in einer bestimmten fixirten Haltung, was ihn aber nicht hindert, als Kunsttischler zu arbeiten und sich und die Seinigen redlich zu ernähren. Alle Fragen, die wir an ihn richten, bleiben unbeantwortet oder nur durch Gesten beantwortet. In der That ist er vollkommen stumm und seit 5 Jahren nicht im Stande gewesen, einen Laut herauszubringen. Dabei versteht er zunächst Alles, was ich zu ihm rede, wie Sie aus seinen Gesten und der Ausführung von ihm ertheilten Aufträgen deutlich ersehen können. Richte ich jedoch bestimmte andere Fragen oder Aufforderungen an ihn, so giebt er deutlich zu erkennen, dass er sie nicht versteht. Er verfügt somit nicht unbedingt, sondern nur in einem gewissen — übrigens immer gleichen — Umfang über das Verständniss der Sprache, während er die motorische Fähigkeit der Sprache vollständig verloren hat.

Dieser Zustand einer completen motorischen und partiellen sensorischen Aphasie hat sich aus einer bestimmten Geisteskrankheit, die ich vorläufig Motilitätspsychose nennen will, heraus entwickelt und ist dann als dauernder Defect zurückgeblieben. Im Verlauf dieser Krankheit waren ihm zeitweilig Mutacismus und Verbigeration vorangegangen, zwei psychotische Symptome, die sich ebenfalls auf dem Gebiete der Sprache bewegen.[2])

Suchen wir nun zu einem genaueren Verständniss dieses Zusammenhanges zu gelangen, so müssen wir die verschiedenen Formen der Aphasie, welche durch klinische Beobachtung festgestellt sind, ins Auge fassen. Folgen Sie mir zu diesem Zweck einen Augen-

---

1) Vgl. Verhandlungen des Congresses für innere Medicin. Wiesbaden 1890. S. 273.

2) Mutacismus nennen wir die zeitweilige Stummheit der Geisteskranken, Verbigeration das eintönige meist rhythmische Wiederholen eines oder einiger weniger Wörter.

blick auf das Nachbargebiet der sogen. organischen Gehirnkrankheiten.

Es sind uns zwei Projectionsfelder der Sprache bekannt, ein motorisches und ein sensorisches. Das motorische (m) ist die Ursprungsstätte der motorischen Sprachbahn (m b), eines Theils des Projectionssystems, welcher zu den bei der Sprache betheiligten Nervenkernen des verlängerten Markes führt. Zugleich ist es der Sitz von Erinnerungsbildern der beim Sprechact stattfindenden Bewegungen oder der Sprachbewegungsvorstellungen. Das sensorische Sprachfeld (s) enthält die centrale Endigung der sensorischen Sprachbahn (a s) und somit des Gehörnerven, es ist aber zugleich der Sitz der Erinnerungsbilder der Sprachklänge oder, wie sie seit Helmholtz genannt werden, der Klangbilder der Worte. Das klinische Bild der motorischen oder sensorischen Aphasie resultirt, je nachdem dieses motorische oder das sensorische Projectionsfeld zerstört ist.

Sehen wir nun aber von unserem Kranken ab, welcher in der That ein Unicum ist, so sind im Allgemeinen die Geisteskranken nicht aphasisch. In der Norm ist bei den Geisteskranken die sensorische Sprachbahn und das sensorische Sprachfeld intact, sie können Alles verstehen, was man zu ihnen spricht. Sie sind auch im vollen Besitze ihrer motorischen Sprachfähigkeit, so weit sie von der Integrität der motorischen Sprachbahn und des motorischen Projectionsfeldes abhängt. Trotzdem begegnen wir der auffallenden Erscheinung, dass die Antwort der Geisteskranken oft unsinnig ist und nur entfernten oder gar keinen Bezug auf die gestellte Frage zu haben scheint. Wie ist diese Erscheinung zu erklären, da wir doch an der Voraussetzung festhalten müssen, dass die sinngemässe richtige Antwort der gesetzmässige Ausdruck der normalen Gehirnfunction ist? Hier giebt es nur die eine Erklärung, dass die Function jener Nervenbahnen gestört sein muss, welche zwischen jenen beiden Projectionsfeldern eingeschaltet sind. Die Geisteskrankheit erscheint uns so als Krankheit des Associationsorganes. Ich erinnere Sie aber daran, dass in dem geläufigen Aphasieschema von solchen Associationsbahnen schon Gebrauch gemacht wird, indem die sensorische Sprachbahn a s und ebenso die motorische m b über die Rindenstellen (Projectionsfelder) s und m hinaus fortgesetzt gedacht werden zu einem supponirten Begriffscentrum B. Die transcorticalen Bahnen s B und B m sind nichts Anderes als Associationsbahnen, und in ihrem Gebiet muss die Functionsstörung ihren Sitz haben, welche sich in der unzutreffenden Antwort des Geisteskranken zu erkennen giebt. Jede Geisteskrankheit aber, soweit sie in verkehrten sprachlichen Aeusserungen der Kranken zu Tage tritt, ist für uns ein Beispiel

von transcorticaler Aphasie. Der merkwürdige Fall von Aphasie in Folge einer Geisteskrankheit, von dem ich ausgegangen bin, legt die Annahme nahe, dass unter Umständen sämmtliche Bahnen Bm und ein grosser Theil der Bahnen sB im Verlauf der Krankheit unterbrochen werden können. Dann wird eine wirkliche Aphasie der gleichen Art wie bei unserem Kranken resultiren können.

Die Aufstellung eines Begriffscentrums B im Aphasieschema ist vielfach missverstanden worden. Dass sie aber nicht zu umgehen und weshalb sie erforderlich war, ergiebt sich aus folgender Ueberlegung. Die sensorische Aphasie durch Zerstörung des Projectionsfeldes s — corticale sensorische Aphasie, wie ich sie genannt habe, ist dadurch charakterisirt, dass dem Kranken die Erinnerungsbilder der Sprachklänge abhanden gekommen sind und in Folge dessen die gehörten Worte nicht wieder erkannt werden. Zum Verständniss der Sprache ist aber offenbar mehr erforderlich als das Wiedererkennen des Wortklanges: es muss damit auch der entsprechende Sinn verbunden werden. Statuiren wir den Gegensatz von Wort und Begriff, so können wir uns den Vorgang nur so denken, dass irgend welche Bahnen über das Rindencentrum s hinaus zu anderen Rindenregionen führen, welche den zugehörigen Begriff repräsentiren. In Wahrheit ist dieses supponirte Begriffscentrum auf weit von einander entlegene Rindenstellen vertheilt. Es ergiebt sich aber daraus die Nothwendigkeit, hinsichtlich des Sprachverständnisses zwei ganz verschiedene Vorgänge zu unterscheiden. Der eine, das Wiedererkennen der Wortklangbilder, beruht auf der erhaltenen Function des Projectionsfeldes s, wir wollen ihn als primäre Identification bezeichnen. Der andere Vorgang, das Anklingen des mit dem Worte verknüpften Begriffes, beruht auf der Function von Associationsbahnen und jenes supponirten Begriffscentrums. Wir bezeichnen ihn als secundäre Identification. Vergleichen wir den ganzen Vorgang mit einer Depeschenbeförderung, wie es auch von anderer Seite schon geschehen ist, so ist s zwar die Station, in welcher das Telegramm anlangt, der eigentliche Empfänger aber wird durch B vorgestellt. Ganz ähnlich gestaltet sich das Verhältniss von B zu dem motorischen Projectionsfelde der Sprache in m: auch hier ist B der eigentliche Absender, m aber die Telegraphenstation, in welcher die Depesche zur Beförderung aufgegeben wird. Mit anderen Worten: zuerst taucht der Sinn, der Begriff des Wortes auf, und es bedarf einer Fortleitung auf anatomischen Bahnen bis zu dem motorischen Projectionsfelde der Sprache m, damit das Wort gesprochen wird.

Bezeichnen wir auch hier die gegenseitigen Beziehungen von B zu m als secundäre Identification, wozu wir aus Gründen der Analogie berechtigt sind, so ergiebt sich als Resultat unserer Betrachtung der Satz: Die uns befremdenden sprachlichen Aeusserungen der Geisteskranken sind Zeichen gestörter sekundärer Identification.

Eine ganz exceptionelle Stellung unter den Geisteskrankheiten muss der progressiven Paralyse zugewiesen werden; diese kann, wie es auch hier geschehen ist, eben sowohl den organischen Gehirnkrankheiten zugerechnet werden. Dabei ist sie aber unzweifelhaft auch eine Geisteskrankheit. In den überwiegend häufigen Fällen, wo sie markante Heerdsymptome macht, sind thatsächlich auch Heerde nachweisbar, in denen der sonst diffuse Krankheitsprocess auf das Projectionssystem und die Projectionsfelder übergreift. Ausnahmsweise aber giebt es Fälle von progressiver Paralyse, wo solche Heerdsymptome nur eben angedeutet sind, für diese gilt dann der überwiegend transcorticale Charakter der Erkrankung.

Meine Herren! Die Vergleichung der Aphasie mit den sprachlichen Symptomen der Geisteskranken hat uns darüber belehrt, dass eine Störung der secundären Identification den gemeinschaftlichen Grundzug der Geisteskrankheiten und gewisser Fälle von Aphasie bilden kann. Die Uebereinstimmung beider Krankheiten erklärt sich durch den gleichen Sitz in transcorticalen oder Associationsbahnen. Ihre Verschiedenheit werden wir darin erblicken, dass die Geisteskrankheit diese Bahnen vereinzelt mit individueller Auswahl befällt, die Heerdkrankheit dagegen compacte Masse davon vernichtet. Ausnahmsweise wird die Summation individuell erkrankter Bahnen denselben Effekt wie die Heerderkrankung bewirken und dann eine transcorticale Aphasie aus einer Geisteskrankheit hervorgehen können.

Damit postuliren wir ausser dem besonderen Sitz auch eine besondere Art der Erkrankung; diese ist dadurch gekennzeichnet, dass sie ähnlich der degenerativen Neuritis gewissermassen die Individuen unter den associativen Elementen differenzirt, und zwar, wie wir nach der Analogie der degenerativen Neuritis vorläufig vermuthen, nach der Norm der verschiedenen Function.

Zweite Vorlesung.

Begriffscentrum im Sprachschema durch beliebig localisirte Vorstellungen zu ersetzen. Ausgangsvorstellung und Zielvorstellung im Sprachschema. Verallgemeinerung des Sprachschemas. Arten der Bewegungen: Ausdrucks-, Reactiv-, Initiativ-Bewegungen. Die Störungen der secundären Identification sind psychosensorisch, psychomotorisch oder intrapsychisch bedingt.

Meine Herren!

Unsere bisherige Betrachtung hat Ihnen den Gegensatz nachgewiesen, welcher zwischen Gehirnkranken und Geisteskranken besteht, sobald wir nur das Gebiet der Sprache ins Auge fassen. In der That bildet die Pathologie der Sprache eines der bestgekannten Kapitel aus dem Gebiete der Gehirnkrankheiten. Die sprachlichen Aeusserungen der Geisteskranken hinwiederum umfassen einen so grossen Theil der Symptomatologie der Geisteskranken, dass daraus allein schon die Berechtigung hergeleitet werden kann, die Geisteskranken vorläufig unter diesem einseitigen Gesichtspunkt zu betrachten. Ich hoffe, dass Ihnen dadurch, dass wir an den vereinfachten Bedingungen unseres Beispiels festhalten, auch für die folgende eingehendere Erörterung das Verständniss erleichtert werden wird.

Wir haben uns noch weiter mit der (willkürlichen) Fiction eines Begriffscentrums B zu beschäftigen. Die Entwickelung, welche unsere klinischen Kenntnisse von der Aphasie genommen haben, zeigt auf das Augenscheinlichste, dass diese vorläufige Aufstellung zunächst für die Erweiterung unserer Kenntnisse unentbehrlich war. Sie auf ihren wahren Werth zurückzuführen, habe ich oben nur andeutungsweise versuchen können. Es sei mir gestattet, diese Andeutung etwas weiter auszuführen.

Wie ich schon oben bei Besprechung der centralen Projectionsfelder gesagt habe, können wir es als eine gesicherte Thatsache

betrachten, dass Erinnerungsbilder und Vorstellungen[1]) localisirt, d. h. je nach ihrem Inhalt an verschiedene anatomische Oertlichkeiten der Grosshirnrinde gebunden sind. Von dieser Localisation konnte bei dem Aphasieschema abgesehen werden, und man konnte sich mit einigem Rechte auf den Standpunkt stellen, dass der Empfänger und Absender jener Depeschen in dem fingirten Begriffscentrum B identisch wäre mit der gesammten übrigen Hirnrinde und, wie wir wieder hinzusetzen müssen, dem dazu gehörigen Associationssystem, so dass dadurch die beiden Projectionsfelder s und m in einen künstlichen Gegensatz zu der Summe aller übrigen Projectionsfelder gebracht wurden. Auf dieser gegensätzlichen Stellung beruhte dann auch die Unterscheidung der Bezeichnungen cortical, welche sich nur auf die beiden Projectionsfelder s und m bezog, und subcortical oder transcortical, je nachdem es sich um Bahnen handelte, welche diesseits oder jenseits dieser bestimmten Projectionsfelder lagen. Durch diese Anschauung war zugleich implicite die anatomische Vorstellung gegeben, dass die Summe der transcorticalen Bahnen sB und mB nur in nächster Nähe der beiden Projectionsfelder s und m einen zusammengefassten, der Zerstörung durch Heerdkrankheiten zugänglichen Strang bilden konnten, während sie von da ab strahlenförmig nach den verschiedensten Gegenden der Hirnrinde aus einander fahrend gedacht werden mussten. Das klinische Bild der transcorticalen motorischen und sensorischen Aphasie schien dem nur selten möglichen glücklichen Zufall verdankt werden zu müssen, dass Krankheitsheerde genau den postulirten Sitz einnahmen. Dass diese seltenen Fälle zunächst den Heerdkrankheiten des Gehirns zugerechnet wurden, wird man durchaus begreiflich finden. Andererseits bewies die Beobachtung eines Kranken, den ich Ihnen vorgestellt habe, dass derartige Krankheitsbilder im Verlauf einer typischen Geisteskrankheit entstehen können und somit einen natürlichen Uebergang zu den Geisteskrankheiten bilden.

Für unsere Zwecke ist es erforderlich, von solchen seltenen Vorkommnissen zunächst zu abstrahiren. Bleiben wir aber bei dem einmal gewählten Beispiel und halten uns nur an das Princip der localisirten Vorstellungen, so zerlegen wir zweckmässig das Centrum B in zwei durch eine Associationsbahn verknüpfte localisirte Vorstellungen, die wir mit A und Z bezeichnen wollen. A die Ausgangsvorstellung sei durch eine Associationsbahn sA mit dem sensorischen Sprachfelde verknüpft. Z, die Zielvorstellung, sei durch

1) Ueber den verschiedenen Gebrauch dieser beiden Bezeichnungen s. später.

eine ebensolche Bahn Zm mit dem motorischen Projectionsfelde der Sprache verknüpft. AZ sei die Associationsbahn. Das so veränderte Schema entspricht etwa dem Vorgange, dass dem Kranken eine Rechenaufgabe gestellt wird. Das Verständniss derselben erfolgt in der Ausgangsvorstellung A, die Lösung entspricht der Zielvorstellung Z, und erst wenn diese ausgesprochen wird, geschieht die Innervation von m. Zwischen Aufgabe und Lösung können complicirte Gedankengänge ablaufen, woraus ersichtlich wird, dass die Associationsbahn AZ selbst mehrfach gegliedert gedacht werden kann. Es bedarf keines besonderen Hinweises darauf, dass normaler Weise der ganze Vorgang gesetzmässig abläuft, gewissermaassen in präformirten Bahnen, sodass das Ergebniss vorausgesehen werden kann. Wir können vorläufig annehmen, dass es sich ganz ebenso mit der Beantwortung jeder beliebigen Frage verhält; das Verständniss der Frage wird dann durch A repräsentirt, der Sinn der Antwort durch Z, und die dazwischen geschaltete Bahn AZ versinnlicht den Fall, dass die Antwort aus einer mehr oder weniger einfachen Ueberlegung hervorgeht. Wenn wir nicht gerade die Absicht voraussetzen, irrezuführen, so werden wir anerkennen müssen, dass auch in diesem Falle beim normalen Menschen die Antworten in einem ganz bestimmten Sinne ausfallen werden, den man je nachdem mit annähernder Genauigkeit schon vorher wissen kann. Die Gesetzmässigkeit, die sich hierbei beobachten lässt, beruht, wie wir später sehen werden, auf dem Princip der ausgeschliffenen Bahnen.

Das bisher festgehaltene Beispiel lässt eine Erweiterung zu, wodurch es die Grundlage der gesammten Symptomatologie der Geisteskrankheiten werden kann. Wir haben nur nöthig, an die Stelle der Projectionsfelder der Sprache beliebige andere Projectionsfelder einzutragen. An die Stelle der sprachlichen Aeusserung tritt dann jede beliebige Bewegungsäusserung, und m repräsentirt das betreffende Projectionsfeld, je nachdem die Bewegung im Arm- oder Beingebiete, dem Rumpfgebiete und sofort stattfindet. Bekanntlich sind die centralen Projectionsfelder dieser Bewegungsäusserungen in der sogen. motorischen Zone der Grosshirnrinde enthalten. An die Stelle des sensorischen Sprachfeldes tritt das Projectionsfeld jeder beliebigen Sinnesempfindung. In der That geht es beispielsweise beim Sehen nicht anders zu als beim Verstehen der gesprochenen Sprachklänge. Auch dabei geschieht die primäre Identification im centralen Projectionsfelde des Opticus, zum Verständniss des Gesehenen aber ist die Fortleitung nach anderen Projectionsfeldern, die secundäre Identification erforderlich. Ohne diesen zweiten Vorgang geht der Ge-

sichtseindruck für den Empfänger ebenso verloren und bleibt unverstanden, wie im Falle der transcorticalen sensorischen Aphasie der Gehörseindruck. Und dasselbe gilt, wie eine leichte Ueberlegung zeigt, für alle Sinneseindrücke.

Dass diese Verallgemeinerung unseres Schemas gestattet, ja sogar geboten ist, lehrt schon ein näheres Eingehen auf unser ursprüngliches Beispiel. Die Antwort, welche ich von dem Kranken erwarte, braucht keine gesprochene zu sein; sie kann mir schriftlich oder durch stummes Mienenspiel und Gesten mitgetheilt werden oder in der Ausführung eines beliebig gewählten Auftrages bestehen. Je nach dem zur Ausführung dienenden Muskelgebiete wird das Projectionsfeld m eine verschiedene Bedeutung haben und verschiedenen Rindenstellen entsprechen. Andererseits kann meine Frage, bezw. mein Auftrag ohne ein gesprochenes Wort erfolgen, sei es schriftlich oder durch Mienenspiel, ausdrucksvolle Handbewegungen u. dgl. mehr.

Vorhin sprach ich davon, dass unser Schema mit den daran vorgenommenen Modificationen dazu dienen kann, die gesammte Symptomatologie der Geisteskranken abzuleiten. Genauer müsste ich mich ausdrücken: die Symptomatologie der Geisteskranken, so weit sie in den Bewegungsäusserungen der Kranken besteht. Diese Einschränkung ist aber nur dann nothwendig, wenn wir, wie es allerdings dem Sprachgebrauch und der Anschauungsweise des Laien entspricht, die sprachlichen Aeusserungen, das Mienenspiel, die Haltung und alle derartigen in das Gebiet des Ausdruckes fallenden Aeusserungen der Kranken von den Bewegungen ausnehmen. In letzter Linie sind es aber doch auch in diesem Falle Bewegungen, welche wir dazu verwerthen, die inneren Vorgänge eines Geisteskranken zu beurtheilen, und für die wissenschaftliche Betrachtung wäre es geradezu ein Fehler, diesen Umstand zu vernachlässigen. Und je mehr Sie Geisteskranke wirklich sehen und ihre Symptome kennen lernen werden, desto mehr werden Sie sich überzeugen, dass schliesslich nichts Anderes zu finden und zu beobachten ist als Bewegungen, und dass die gesammte Pathologie der Geisteskranken in nichts Anderem besteht, als den Besonderheiten ihres motorischen Verhaltens; denn selbstverständlich kann im gegebenen Falle ein Ausfall an Bewegungen ebenso charakteristisch sein wie eine stattgehabte Bewegung.

Wir schliessen eben nur aus Bewegungen auf Vorgänge, die im Bewusstsein (im Organ des Bewusstseins) eines Anderen vor sich gehen. Sind diese Bewegungen Sprachbewegungen, so tritt uns nur dieselbe Thatsache viel greifbarer und augenfälliger entgegen wie

bei allen anderen Bewegungen. Die Symptomatologie der Geisteskranken hat also zum Gegenstand die Bewegungen, so weit sie als Function des Bewusstseinsorganes, mit anderen Worten des Associationsorganes erscheinen. Hier treffen wir auf die einzige Einschränkung, welche die Allgemeinheit des oben ausgesprochenen Satzes beeinträchtigt. Es giebt natürlich Bewegungen, die vom Bewusstsein unabhängig sind, so die Bewegungen des vegetativen Lebens, des Herzens, der Athmung, der Gefässwandungen, der Eingeweide; eben dahin gehören die meisten Reflexbewegungen. Wie wir später sehen werden, können auch diese Bewegungen bei den Geisteskranken in Mitleidenschaft gezogen werden, aber doch bilden sie nicht das eigentliche Object der Beobachtung. Wir werden ferner finden, dass in seltenen Fällen das Verhalten der Körpertemperatur und in fast allen Fällen das Verhalten der Ernährung, wie es sich im Körpergewicht ausdrückt, von grosser symptomatischer Bedeutung ist. Damit sind aber auch die Ausnahmen erschöpft, und wir werden sehen, dass sie sämmtlich als secundäre Folgezustände zu betrachten sind und ihrerseits eine gesetzmässige Abhängigkeit von den Bewegungsäusserungen der Kranken aufweisen.

Wir sind also berechtigt, von den aufgezählten Ausnahmen vorläufig zu abstrahiren, und haben nun die Aufgabe, die Bewegungen als Functionen des Bewusstseinsorganes näher ins Auge zu fassen. Dazu bedarf es einer Eintheilung nach praktischen Gesichtspunkten. Wir unterscheiden zweckmässig Ausdrucksbewegungen, Reactivbewegungen und Initiativbewegungen. Wie wir sehen werden, hat diese Eintheilung zwar den Vortheil, dass sie die Summe aller überhaupt möglichen Bewegungsäusserungen umfasst, und deshalb ist sie der Eintheilung Meynerts, so weittragend und fruchtbar sich diese nach anderen Richtungen hin erweist[1]), in Abwehrbewegungen und Angriffsbewegungen vorzuziehen, sie ist aber in so fern mangelhaft und verbesserungsbedürftig, als eine scharfe Abgrenzung zwischen den drei verschiedenen Arten von Bewegungen vielfach nicht möglich ist. Es liegt in der Natur der Sache, dass gewisse Bewegungsäusserungen des einen Gebietes zugleich in ein anderes Gebiet fallen, dass man auch, je nach dem vorgefassten Standpunkt des Beobachters, darüber streiten kann, in welches Gebiet eine bestimmte Bewegungsäusserung einzureihen ist. Trotzdem halten wir vorläufig an der Eintheilung fest, weil sie sich in der Klinik der Geisteskrankheiten bewährt hat.

---

1) Siehe besonders seine Sammlung populär-wissenschaftlicher Abhandlungen.

Unter Ausdrucksbewegungen verstehen wir vor Allem alle diejenigen Bewegungen, durch welche sich die Affecte und Gemüthszustände des Menschen zu erkennen geben. Die Sprachbewegungen dienen zwar zum grossen Theil diesem Zwecke, aber doch nicht ausschliesslich, und so weit sie ihnen dienen, sind es Sprachbewegungen im allerweitesten Sinne, so dass sie z. B. die Klagelaute und das Stöhnen des Schmerzes mit in sich begreifen. Worte, die ganz speciell diesem Zwecke dienen, sind bekanntlich die meisten Interjectionen. Das Lachen und Weinen sind specifische Ausdrucksbewegungen, ebenso das gesammte Mienenspiel. Aber auch der Ausdruck des Gesichtes, wenn es nicht in Bewegung ist, geht aus bestimmten Muskelactionen hervor und ebenso die Haltung des ganzen Körpers, welche ebenso sprechend wie Worte oder das Mienenspiel den Gemüthszustand und die Gemüthsbewegungen eines Menschen verrathen kann. Die Bewegungen des ganzen Körpers, welche zum Ausdruck der Freude, der Heiterkeit, des Uebermuthes, der Selbstgefälligkeit, der Verachtung, des Zornes, der Angst, der Trauer, des Kummers, der Verzweiflung, der Hoffnung, des Hasses und der Liebe dienen, sind bekannt und sprechend genug, so dass es ein überflüssiges Bemühen wäre, sie hier schildern zu wollen. Normaler Weise ist der wache Mensch immer von einem Ausdruck belebt, wir werden deshalb als wichtige klinische Erscheinung die Ausdruckslosigkeit kennen lernen.

Die Reactivbewegungen sind diejenigen Bewegungsäusserungen, welche auf gegenwärtige äussere Reize erfolgen. Die Antworten eines Menschen auf Fragen sind immer, abgesehen von ihrem Inhalt, auch unter dem Gesichtspunkt der Reactivbewegungen zu betrachten. Auch eine Antwort, die nicht in Worten, sondern in einer anderen Ausdrucksbewegung besteht, wenn beispielsweise der Gefragte mit vielsagender Miene den Finger auf den Mund legt, fällt unter den Begriff der Reactivbewegungen. Das Ausbleiben einer Antwort kann vielfach als bedeutungsvolles Symptom verwerthet werden. Als Reactivbewegungen, welche in der Klinik der Geisteskrankheiten von hervorragender Bedeutung sind, kommen besonders in Betracht das Verhalten der Kranken bei der körperlichen Untersuchung, bei den kleinen Diensten des Wartepersonals, auf Aufforderungen jeder Art, auf Annäherung und Zuspruch des Arztes, auf die ganze veränderte Situation in den Räumen einer Anstalt. Auch diejenigen Bewegungsäusserungen, welche zur Befriedigung der körperlichen Bedürfnisse erforderlich sind, obwohl sie auf innere Reize zurückzuführen sind, werden den Reactivbewegungen zugerechnet werden

müssen. Es mag indessen ebenso berechtigt sein, die letztgenannte Kategorie von Bewegungsäusserungen den Initiativbewegungen anzureihen, während wieder manche der vorhergenannten Bewegungen zu gleicher Zeit in das Gebiet der Ausdrucksbewegungen fallen. Jedenfalls ist auch hier wieder hervorzuheben, dass bei den Geisteskranken der Ausfall der Reactivbewegungen vielfach ebenso charakteristisch und als Symptom verwerthbar ist, wie die krankhafte Modification derselben.

Unter Initiativbewegungen verstehen wir alle diejenigen Bewegungsäusserungen, welche aus eigenem Antriebe und nicht hervorgerufen durch einen gegenwärtigen äusseren Reiz erfolgen. Diese negative Begriffsbestimmung schliesst einen Theil der Ausdrucksbewegungen in sich ein, während ein anderer Theil derselben den Reactivbewegungen zugehört. Wir werden also die Ausdrucksbewegungen immer auch danach zu beurtheilen haben, ob sie etwa den Initiativbewegungen oder den Reactivbewegungen zugehören. Man könnte in Frage stellen, ob es eigentliche Initiativbewegungen, d. h. solche, welche ohne jede äussere Anregung erfolgen, überhaupt giebt; denn meist lässt sich irgend eine äussere Veranlassung auch für die scheinbar spontanste Handlung nachweisen. Da solche Anlässe aber oft nur die Bedeutung von Gelegenheitsursachen haben und gegen die überwiegenden inneren Motive in ihrer Wichtigkeit weit zurücktreten, so ist die Aufstellung von Initiativbewegungen doch gerechtfertigt. Im Allgemeinen pflegen die Initiativbewegungen aus ganzen Reihen einzelner Bewegungsvorgänge zu bestehen und dann als Handlungen bezeichnet zu werden. Das ganze Verhalten, das Benehmen, das Thun und Lassen eines in bestimmter Situation befindlichen Individuums, überhaupt alle seine Bewegungsäusserungen, so weit sie nicht Ausdrucks- und Reactivbewegungen sind, gehören zu den Initiativbewegungen.

Die Nervenerregung, welche sich auf der Bahn s A Z m abspielt, kann mit einem Reflexvorgang verglichen und diese Bahn als „psychischer Reflexbogen“ bezeichnet werden. Die von m aus innervirte Bewegung erscheint dann als Resultat, als die für uns wahrnehmbare Folgeerscheinung dieses Erregungsvorganges. Die klinische Methode der Psychiatrie besteht darin, das Endergebniss zu studiren, um auf den Vorgang, aus dem es resultirt, zurückzuschliessen.

Wie Sie sogleich bemerken werden, ist es eigentlich nur die Reactivbewegung, welche sich in der geschilderten Weise dem Reflexvorgang vergleichen lässt. Die Reactivbewegung mag nun wie in

dem Ausgangsbeispiele in einem gesprochenen Wort oder in einer beliebigen anderen Bewegung bestehen, immer lässt sie sich vollständig ungezwungen als Folgeerscheinung eines äusseren Reizes, einer selbst wieder auf Bewegungsvorgängen beruhenden äusseren Anregung betrachten. Wie steht es dagegen mit den andern Arten der Bewegung, den Expressivbewegungen und den Initiativbewegungen? Offenbar lassen auch diese die gleiche Betrachtungsweise zu; denn ganz abgesehen davon, dass es schon bei den Initiativbewegungen fraglich erschien, ob sie ganz ohne äusseren Anlass erfolgen, werden wir berechtigt sein, an Stelle des äusseren Reizes auch die Erinnerungsbilder abgelaufener Reize zu setzen und in jedem Falle, wo der gegenwärtige äussere Reiz fehlt, derartige Erinnerungsbilder als Anfangsglied der in dem psychischen Reflexbogen ablaufenden Bewegung zu betrachten. Wir können sogar so weit gehen, die stattfindende Bewegung selbst zum Beweise für diese Annahme heranzuziehen. Denn da sie ohne irgend eine Ursache nicht denkbar ist, eine sichtbare Ursache aber augenscheinlich fehlt, kann nur eine irgend wo aufgespeicherte Kraft die thatsächlich eintretende Bewegung bedingen. Derartige Vorräthe aufgespeicherter Kraft sind aber, wie wir später sehen werden, die Erinnerungsbilder.

Nach diesen Vorbemerkungen werden wir dazu übergehen können, die krankhaften Störungen der Bewegung, welche bei den Geisteskranken beobachtet werden, kennen zu lernen. Sie beruhen sämmtlich auf Störungen der secundären Identification, wie ich oben dargethan habe. Dabei muss ich Sie aber daran erinnern, dass wir als secundäre Identification nicht nur die Beziehung von s zu A, d. h. des nächsten sensorischen Projectionsfeldes zu der Ausgangsvorstellung, betrachtet haben, sondern auch den in umgekehrter Leitungsrichtung sich bethätigenden Erregungsvorgang von der Zielvorstellung Z zu dem motorischen Projectionsfelde m. Zu dieser Uebertragung waren wir berechtigt, weil die Bahn Z m ebenso eine Associationsbahn ist wie die andere s A, und bei derartigen Associationsbahnen dürfte der in ihnen ablaufende physikalische Prozess immer identisch sein, gleichviel in welcher Leitungsrichtung er abläuft. Aus demselben Grunde können wir auch die Beziehung von A zu Z der secundären Identification subsumiren.

Da es sich überall um Nervenbahnen handelt, so wird immer nur eine krankhafte Veränderung der Erregbarkeit bezw. Leitungsfähigkeit der Störung der secundären Identification zu Grunde liegen können, und alle Möglichkeiten sind erschöpft, wenn wir die drei

Fälle der herabgesetzten Erregbarkeit bezw. Leitungsfähigkeit, der gesteigerten Erregbarkeit und der perversen Erregbarkeit ins Auge fassen. Die Bahn s A wollen wir psychosensorisch, die Bahn Z m psychomotorisch, die Bahn Z A intrapsychisch nennen. Die möglichen Fälle sind dann in folgender Uebersicht enthalten:

Psychosensorische	Psychomotorische	Intrapsychische
Anaesthesie	Akinese	Afunction.
Hyperaesthesie	Hyperkinese	Hyperfunction.
Paraesthesie.	Parakinese.	Parafunction.

Man könnte gegen diese Aufstellung einwenden, dass es ja immer nur Störungen der Motilität sind, die uns bei den Geisteskranken entgegentreten, wie ich ja selbst betont habe, und dass deshalb sich die gesammte Symptomatologie in den drei Fällen der Hyperkinese, Akinese und Parakinese erschöpfe. Dieser Einwand ist in gewissem Sinne berechtigt und bedarf einer eingehenden Erörterung. Am leichtesten lässt er sich wieder auf das Beispiel der mündlichen Unterhaltung anwenden, von dem wir ausgegangen waren. Wenn der Kranke verstummt, wo er sprechen sollte, so werden wir dieses Symptom als eine circumscripte, nämlich auf das Sprachgebiet beschränkte Form der Akinese auffassen können. Zeigt er das Symptom des Rededranges, so liegt in derselben Weise eine circumscripte Form der Hyperkinese vor. Ist seine Antwort dagegen inhaltlich unsinnig, so wird man zwar berechtigt sein, dieses Symptom der Parakinese zuzurechnen, man hätte aber doch dabei jedesmal eine nähere Erläuterung nöthig, weil dann ein bestimmtes Missverständniss zu erwarten und voraus zu sehen ist. Wir werden nämlich aus praktischen Gründen immer gezwungen sein, zwei ganz verschiedene Dinge beim Sprechact zu unterscheiden, nämlich den Bewegungsact als solchen und den Inhalt der gesprochenen Worte. Da es nun aber krankhafte Abänderungen des Bewegungsactes, oder wie wir es bezeichnen können, des formalen Theiles der Sprache wirklich giebt, so wird es richtiger sein, das Wort Parakinese nur in diesem engeren Sinne anzuwenden. Ein Beispiel dafür haben wir in dem Symptom des zwangsmässigen Sprechens und der eintönigen Wortwiederholung beim sogen. Verbigeriren. Dieselbe Ueberlegung, dass der inhaltliche Theil von dem formalen Theil der Bewegungen unterschieden werden muss, trifft für alle Expressivbewegungen, ebenso aber auch für die Reactiv- und Initiativbewegungen zu. Wie es möglich ist, dass ein Kranker bei formal vollständig correcter Rede doch den grössten Unsinn schwatzt, so können auch die aus-

gedrückten Gemüthsbewegungen bei vollkommen richtigem Ausdruck selbst doch krankhafter Natur sein, ebenso wie seine Handlungen zwar formal richtig aber inhaltlich falsch. In allen diesen Fällen werden wir also nicht eine Störung der psychomotorischen Identification annehmen, sondern gezwungen sein, die Störung in weiter zurückliegenden Theilen des psychischen Reflexbogens zu suchen. Dies entspricht auch dem Sprachgebrauch und der gewohnten Anschauungsweise, wonach man die Mittel, deren sich der Kranke bedient, um sein Inneres mitzutheilen, Affecte auszudrücken u. dergl. m. als selbstverständliche Dinge vollkommen zu übersehen pflegt. Nach dieser Betrachtung werden Sie es nun verständlich finden, dass wir bei den Geisteskranken vielfach auf Symptome gestörter Identification auch dann stossen, wenn der Bewegungsmechanismus selbst vollständig intact ist.

Dritte Vorlesung.

Natur der Erinnerungsbilder. Nachbilder der Retina und optische Erinnerungsbilder. Die Annahme besonderer Wahrnehmungs- und Erinnerungszellen ist zur Erklärung ungenügend. Localzeichen der Retina. Gesichtsvorstellungen.

Meine Herren!

Ehe ich Sie weiter in die Symptomatologie der Geisteskrankheiten einführen kann, muss ich noch einmal auf das schon oft erwähnte Begriffscentrum oder vielmehr, wie Sie es nun richtiger auffassen können, auf die localisirten Erinnerungsbilder zurück kommen. Sie werden, wie ich hoffe, im Laufe der Betrachtung die Ueberzeugung gewinnen, dass zwar nicht das vermeintliche Begriffscentrum, wohl aber die Begriffe selbst in gewissem Sinne einer Localisation zugänglich sind.

Schon in den einleitenden Worten meiner ersten Vorlesung habe ich es als eine durch die Erfahrungen der Pathologie gesicherte Thatsache hingestellt, dass die centralen Projectionsfelder an verschiedenen Territorien der Grosshirnrinde localisirt sind. Wir mussten ihnen zugleich die Eigenschaft zuerkennen, Stätten von Erinnerungsbildern zu sein, woraus dann weiter eine bestimmte Localisation der Erinnerungsbilder zu folgern war. Mit der Natur dieser Erinnerungsbilder werden wir uns zunächst noch näher bekannt zu machen haben.

Zunächst möchte ich ganz kurz die klinischen Thatsachen anführen, welche meiner Meinung nach vollkommen sicher das Princip der localisirten Erinnerungsbilder beweisen: es sind die klinischen Erfahrungen der sensorischen und motorischen Aphasie und die Fälle von sogen. Tastlähmung der Hand. Die ersteren sind jetzt wohl allgemein anerkannt, so dass ich darauf nicht einzugehen brauche, die letzteren aber müssen in ihrer Bedeutung erst noch besonders

gewürdigt werden. Es sind hier zwei Reihen von Thatsachen, welche durch ihr Verhältniss zu einander das beweisende Material liefern. Einmal beobachtet man Fälle von circumscripter Rindenverletzung im Bereich des sogen. mittleren Drittels der beiden Centralwindungen, welche als dauernde Ausfallserscheinung die Unfähigkeit einer Hand, durch Tasten Gegenstände zu erkennen, zurücklassen, während eigentliche sogenannte Sensibilitätsstörungen nur in geringem Maasse nachweisbar sind. Im Gegensatz dazu beobachtet man Fälle von spinaler oder peripherer Erkrankung, welche mit den schwersten Sensibilitätsstörungen einher gehen, und zwar, wie ich noch besonders hervorhebe, auch des sogenannten Muskelsinnes oder der Lageempfindung, und dennoch nur geringfügige Störungen des Tastvermögens aufweisen. Die letztangeführten Fälle führen gewissermaassen den Beweis, dass selbst ein sehr mangelhaftes und lückenhaftes Projectionssystem dem Gehirn noch Nachrichten zuleitet, welche zur primären Identification genügen, wenn nur die centralen Projectionsfelder und damit die Erinnerungsbilder, Tastbilder, wie wir sie im vorliegenden Falle nennen können, erhalten sind. Die Fälle erster Art aber können nur auf Verlust der primären Identification beruhen, wenn die Störungen der Projectionsbahnen selbst nachweislich so gering sind. Das Princip der je nach den Projectionsfeldern localisirten Erinnerungsbilder wird durch solche Thatsachen über jeden Zweifel gestellt und damit seine Anwendung auf alle Projectionsfelder gerechtfertigt.

Kehren wir zu unserem Beispiel des Sprachorganes zurück, so finden wir schon den Vorgang des W i e d e r e r k e n n e n s — der primären Identification, s. oben — an die Voraussetzung geknüpft, dass schon ein fester Besitz an Erinnerungsbildern vorhanden ist. Es entsteht die Frage: Wie soll man sich das Zustandekommen eines solchen Besitzes denken? Offenbar handelt es sich um die ganz besondere Eigenschaft des Nervensystems, dass es durch vorübergehende Reize dauernde Veränderungen erleidet, eine Eigenschaft, die wir als G e d ä c h t n i s s bezeichnen. Das Gedächtniss des Nervensystems äussert sich z. B. darin, dass die faradische Erregbarkeit eines Nerven durch häufige Faradisation[1]) gesteigert werden kann. Derselbe Reiz wirkt später leichter, wenn er vorher öfter stattgefunden hat, es ist also in dem Nerven eine dauernde Veränderung nur in Folge vorübergehender Reize vor sich gegangen. Alle Uebung beruht auf demselben Princip, alles Lernen. Bahnen,

1) cf. Mann, Deutsches Archiv für klinische Medicin. 1893.

die zuerst nur schwer gangbar sind, werden mit jeder neuen Uebung leichter gangbar, sie werden ausgeschliffen, wie man sich ausdrücken kann. Wenn nun schon bei den Nervenfasern ein derartiges Gedächtniss wahrnehmbar ist, so kommt es in ganz besonderem Maasse den Nervenzellen oder Ganglienkörpern zu. Ein Reflex im Rückenmark, der durch dessen Ganglienzellen vermittelt wird, findet um so leichter statt, je öfter er vorher ausgelöst worden ist, und dass es sich hier um eine besondere Eigenschaft der Ganglienzellen handelt, ist durch die Untersuchungen von Ward,[1] Jarisch und Schiff[2]) u. Anderen erwiesen worden. Die Nachbilder der Retina hat man mit gutem Recht immer auf die Ganglienzellen derselben bezogen. In der Gehirnrinde sind es ebenfalls die Ganglienzellen, denen man in hervorragendem Maasse die Eigenschaft zuschreiben muss, durch momentane Reize dauernd derart verändert zu werden, dass bleibende Residuen davon zurückbleiben, welche wir eben Erinnerungsbilder nennen.

Nach dem Gesagten erscheint es selbstverständlich, dass der Besitz an Erinnerungsbildern oder Inhalt des Bewusstseins, wie wir es nennen wollen, in directer Abhängigkeit von der Beschaffenheit des Projectionssystems und der Sinnesorgane steht, mittels deren er erworben worden ist. Das Bewusstsein eines Schwachsichtigen oder verallgemeinert eines mit schlechten Sinnen ausgestatteten Menschen ist deshalb durchaus verschieden von demjenigen normalsinniger Individuen. Der Blindgeborene gar wird überhaupt nicht in den Besitz optischer Erinnerungsbilder gelangen und wird deshalb, falls er einmal operirt werden kann, zunächst einen Zustand darbieten, der uns sonst nur aus dem pathologischen Vorkommniss der sogenannten Seelenblindheit bekannt ist. Ebenso wie der Blindgeborene hat auch der Taubgeborene einen Inhalt des Bewusstseins, welcher um eine ganze Kategorie von Erinnerungsbildern, die dem Gehörssinn entstammen, defect ist. Bei partiellen Gehirndefecten, wie sie bei den von Geburt an Schwachsinnigen, die zugleich einen Sinnesdefect haben, z. B. taub sind, zuweilen beobachtet werden, zeigt sich derselbe Ausfall von Erinnerungsbildern als Folge einer fehlerhaften Bildung centraler Projectionsfelder. Nicht minder lehrreich ist in dieser Beziehung die vergleichende Betrachtung der Thiergehirne.

---

1) Ueber die Auslösung von Reflexbewegungen durch eine Summe schwacher Reize, Du Bois-Reymond's Archiv 1880.

2) Untersuchungen über das Kniephänomen. Wiener med. Jahrbücher 1882.

Bekanntlich hat der Mensch nur einen verkümmerten Riechlappen, während viele Säugethierfamilien sich eines Riechlappens erfreuen, der einen beträchtlichen Theil ihres Grosshirns ausmacht, einen eigenen Ventrikel besitzt und mit eigenen Oberflächenwindungen bekleidet ist. Wie verschieden das Bewusstsein solcher Thiere, z. B. des Hundes von dem unsrigen ist, lehrt die tägliche Beobachtung. Es zeigt sich erfüllt von olfactorischen Erinnerungsbildern, in denen das Thier, hin und her schnüffelnd, unter allen Zeichen freudiger Gemüthsbewegung ebenso schwelgt, wie etwa der Feinschmecker an der Tafel oder das Künstlerauge im Anblick schöner Formen. Der Inhalt des Bewusstseins zeigt sich auf diese Weise von der Beschaffenheit des Projectionssystems und der centralen Projectionsfelder abhängig, ein Verhältniss, das die Formulirung gestattet: Das Bewusstsein ist eine Function der centralen Projectionsfelder. Bestätigt sich die Annahme, dass Projectionsfelder die ganze Rinde des Hirnmantels einnehmen, so folgt daraus der weitere Satz: Das Bewusstsein ist eine Function der Rinde des Hirnmantels.

Suchen wir nun weiter zu verstehen, was wir uns unter einem Erinnerungsbilde vorzustellen haben, so werden wir gut thun ein bestimmtes Beispiel, etwa das optische Erinnerungsbild ins Auge zu fassen. Gerade für dieses liegt der Vergleich mit den Nachbildern der Retina besonders nahe, welche ja demselben Sinnesgebiete angehören. Wie weit ist der Vergleich zutreffend und gerechtfertigt? Wie wir oben gesehen haben, sind es besonders die Ganglienzellen, auf deren den Reiz überdauernde Erregung wir die Nachbilder der Retina zurück führen; durch eine bestimmte Anordnung dieser gereizten Zellenelemente entsteht ein Bild, welches wir im Stande sind, in einen bestimmten Raum zu projiciren. Dieses Bild ist von einer zeitlich sehr beschränkten Dauer. Es macht keine Schwierigkeit, auch in dem centralen Projectionsfelde des Opticus eben solche Zellenelemente, nennen wir sie Perceptionszellen, anzunehmen, in denen die Projections-Fasern ihr nächstes Ende finden. Würde die Annahme, das Erinnerungsbild bestehe in den nachklingenden Erregungen dieser wahrnehmenden Elemente, den offenbar bestehenden Unterschied von den Nachbildern der Retina hinreichend erklären? Sehr Vieles spricht dagegen. Den optischen Erinnerungsbildern geht, nach meiner Erfahrung wenigstens, die Eigenschaft der Projection in einen beliebigen Raum vollständig ab. Nur in so fern erscheinen sie mir räumlich projicirbar, als sie stets eine bestimmte Stellung zur eigenen Person einnehmen. Ausserdem scheinen sie von unbeschränkter Dauer zu sein. Gerade der letzte Unterschied

ist besonders schwerwiegend. Man kann sich nur schwer vorstellen, dass dasselbe wahrnehmende Element, welches einmal in Anspruch genommen wurde, seinen dauernden Erregungszustand beibehalten sollte, trotzdem es bald darauf bei einer neuen Wahrnehmung von einem ganz anders gearteten Reiz getroffen werden kann. Man sollte eigentlich erwarten, dass es sich ähnlich verhielte wie mit den Nachbildern und zum mindesten der nachfolgende Erregungsvorgang immer den vorhergehenden auslöschte. Nehmen wir z. B. an, es handele sich um das optische Erinnerungsbild eines Buchstabens oder einer Zahl. Man wird annehmen können, dass zur Entstehung derartiger Erinnerungsbilder wesentlich solche Netzhautbilder führen werden, welche an die Stelle des deutlichsten Sehens oder ihr sehr nahe fallen. Hier sind nicht nur die grösste Anzahl empfindender Elemente vereinigt, sondern es wird auch der optische Apparat für Bilder dieser Gegend besonders genau eingestellt, so dass die schärfsten Bilder gerade hier entstehen können. Dem entsprechend hat es die Natur so eingerichtet, dass für Gesichtseindrücke, welche unsere Aufmerksamkeit erregen, ganz unwillkürlich durch zweckmässige Augenbewegungen die Stelle des deutlichsten Sehens eingestellt wird, ein Zwang, der es bekanntlich noch dem erwachsenen Menschen erschwert, seine Augenbewegungen vollständig zu beherrschen. In Folge davon werden viele derselben Retinaelemente, welche vorher das Bild des Buchstabens repräsentirten, bald darauf zur Entstehung eines neuen Bildes z. B. der Zahl in Anspruch genommen werden und dem entsprechend ebenso die der Wahrnehmung dienenden Zellen des centralen Projectionsfeldes. Es ist die Annahme nun durchaus gestattet und sogar sehr wahrscheinlich, dass die Stelle des deutlichsten Sehens in der Retina einen verhältnissmässig sehr beträchtlichen Raum im centralen Projectionsfelde einnehmen mag. Die Schwierigkeit, unter diesen Umständen das Erinnerungsbild durch ein besonderes Gedächtniss der Zellen zu erklären, bleibt desshalb unverändert. Man hat sie dadurch zu beseitigen gesucht, dass man wahrnehmende und erinnernde Ganglienelemente unterschieden und nur den letzteren diese besondere Eigenschaft des Gedächtnisses zugeschrieben hat. Nur die der Wahrnehmung dienenden Elemente sollten eine den Punkten der Retina entsprechende Rindenprojection darstellen. Indessen scheint uns auch durch diese Annahme allein die Schwierigkeit nicht gehoben. Der Unterschied nämlich zwischen Wahrnehmungsbild und Erinnerungsbild beruht nicht sowohl in einer Verschiedenheit der dabei thätigen Elemente, sondern darin, dass die gegenseitige Anordnung der getroffenen Retinaelemente oder die Form der Netz-

hauterregung bei den verschiedenen Anschauungsbildern eine verschiedene ist, während überwiegend die gleichen Netzhautelemente bei ihrer Entstehung mitgewirkt haben können. Gerade die Erinnerung der gleichen gegenseitigen Anordnung der functionirenden Elemente, oder mit anderen Worten der Form der Erregung macht aber den psychologischen Begriff des Erinnerungsbildes aus. Ich muss Sachs[1]) und Goldscheider[2]) vollständig darin beipflichten, dass nur die Annahme einer erworbenen functionellen Verknüpfung der gleichzeitig erregten wahrnehmenden Elemente mittelst vorhandener Associationsbahnen dieses besondere Gedächtniss für die jeweilige Form des Netzhautbildes, für die gegenseitige Anordnung der gereizten Netzhautpunkte zu erklären vermag. Wenn die gleiche Anordnung des Reizes wiederkehrt und das Netzhautbild wieder erkannt wird, so mag man sich den Vorgang zwar so vorstellen, wie es Ziehen[3]) gethan hat, dass von den wahrnehmenden Elementen aus das Erinnerungsbild erregt wird, weil nur die betreffende Zellcombination auf diese Form der Erregung gewissermaassen abgestimmt ist (wie etwa Schall-Resonatoren nur auf bestimmte Tonverbindungen ansprechen). Aber auch diese geistreiche Auffassung beruht auf einem Vergleich und enthebt uns nicht der Nothwendigkeit, die Thatsache dieser „Abgestimmtheit“ zu erklären, und dazu brauchen wir die Verbindung der wahrnehmenden Elemente durch Fasern oder den Vorgang der Association. Wir werden später sehen, dass eine Association verschiedener Sinneseindrücke immer dann zu Stande kommt, wenn sie gleichzeitig stattgefunden haben; ganz ebenso können wir hier annehmen, dass die gleichzeitig erregten der Wahrnehmung dienenden Perceptionszellen mit einander associirt werden und, weil bei Erneuerung desselben Sinneseindruckes die gleiche Form der Anordnung sich immer wieder erneuert, auch associirt bleiben. Das Erinnerungsbild wäre dann weiter nichts als eine erworbene Association wahrnehmender Elemente des centralen Projectionsfeldes.

Sie sehen, meine Herren, dass bei dieser Auffassung die Annahme besonderer Erinnerungszellen entbehrlich wird. In der That sind es ganz andere Erwägungen, welche für diese Annahme geltend zu machen sind. Hier will ich nur betonen, dass es nicht recht verständlich wäre, warum den Erinnerungsbildern die sinnliche

---

1) Vorträge über Bau und Thätigkeit des Grosshirns. Breslau 1893.

2) Ueber centrale Sprach-, Schreib- und Lesestörungen. Berlin. Klinische Wochenschrift Nr. 4. 1892.

3) Leitfaden der physiologischen Psychologie. Jena, 1891.

Lebhaftigkeit abgeht, wenn doch die wahrnehmenden Elemente allein dabei betheiligt wären und ihnen immer bestimmte Netzhautpunkte correspondirten. Auch dass die Erinnerungsbilder nicht in den Raum projicirt werden, wie die Nachbilder, bliebe dann unverständlich. Endlich wird man nicht umhin können, auch die Structur der centralen Projectionsfelder in der Hirnrinde als einen Gegengrund in Betracht zu ziehen. Der bisherigen Annahme würde eine einfache Schicht von Ganglienzellen, die sämmtlich mit Projectionsfasern zusammen hingen, genügen. In der Hirnrinde treffen wir aber überall eine solche Anzahl über einander geschichteter Ganglienzellen, und mehr wie wo anders noch im optischen Projectionsfelde der Hinterhauptrinde, dass sie die Zahl der Projectionsfasern jedenfalls bei Weitem übertreffen. Alle diese Bedenken werden wir künftig noch zu verwerten haben. Inzwischen halten Sie daran fest, dass wir schliesslich den nachgewiesenen Unterschied zwischen Erinnerungsbildern und den Nachbildern der Netzhaut, nämlich die Dauerbarkeit der ersteren, die Vergänglichkeit der letzteren, im Stande sind auf einen anatomischen Unterschied zurück zu führen: die Hirnrinde hat Associationsfasern, die Netzhaut hat keine.

Wenn die Festigkeit der Erinnerungsbilder durch die Wiederholung der gleichen Anordnung des Reizes erklärt werden soll und man diesen Satz auf den Einzelfall der optischen Erinnerungsbilder anwenden will, so stossen wir bald auf gewisse Schwierigkeiten. Die Netzhautbilder, welche von den concreten Dingen der Aussenwelt entworfen werden, sind bald gross, bald klein, je nachdem diese nah oder fern stehen, ihre Erinnerungsbilder aber müssen wir als Einheiten betrachten. Zwar bleibt die gegenseitige Anordnung der Netzhautpunkte dabei die gleiche, und die Bilder werden als vollkommen congruent gelten können, so dass den psychologischen Anforderungen, welche wir an das Erinnerungsbild stellen mussten, noch entsprochen wird. Aber doch sind es immer verschiedene Netzhautpunkte, deren Anordnung in einem und demselben Erinnerungsbilde repräsentirt sein müsste, und selbst bei der einfachsten Annahme, dass der Gegenstand fixirt wird, würden einem Erinnerungsbild immer noch unzählige Bilder, wenn auch congruente, von verschiedener Grösse zugehören. Diese Schwierigkeit wird beseitigt, wenn man sich der geistvollen Hypothese von H. Sachs anschliesst. Nach derselben werden die sogen. Localzeichen der Netzhautpunkte bestimmt durch zwei Umstände, nämlich durch den Meridian, in dem sie liegen, und durch ihre Entfernung vom Mittelpunkt. Für jeden Halbmeridian der Netzhaut ist eine besondere Muskelanordnung erforderlich, durch deren

Zusammenwirken die Drehung des Augapfels der Art erfolgt, dass die Macula auf die Lichtquelle eingestellt wird. Diese Muskelcombination bleibt für alle Punkte desselben Halbmeridians die gleiche, nur die Innervationsgrösse ist verschieden und wächst mit der Entfernung des Netzhautpunktes von der Fovea centralis. Dagegen ist für die verschiedenen Halbmeridiane auch die Muskelanordnung immer eine verschiedene. Die verschiedene Grösse der Bilder von fixirten Gegenständen bedingt also nur Innervationsempfindungen verschiedener Intensität, der anatomische Factor, die Combination verschiedener Muskelwirkungen, bleibt der gleiche. Mit anderen Worten lässt sich dieses Verhalten wie folgt ausdrücken und auf die Verhältnisse der Hirnrinde übertragen. Die den Netzhautpunkten je eines Halbmeridianes zugeordneten Perceptionszellen des centralen Projectionsfeldes haben sämmtlich die gleiche associative Verbindung mit einem bestimmten Punkte des centralen Projectionsfeldes der Augenbewegungen. Letzteres müssen wir uns in so viele verschiedenartige Muskelcombinationen („Augenbewegungsvorstellungen“) zerlegt denken, als es Halbmeridiane der Netzhaut giebt. Das ist natürlich cum grano salis zu verstehen, da es sich ja um continuirlich abgestufte Reihen von Muskelrepräsentationen, nicht um gesonderte Punkte handelt. Will man dieser Anschauung Rechnung tragen, so ist das optische Erinnerungsbild ausser den Eigenschaften, die wir an ihm schon kennen gelernt haben, noch dadurch ausgezeichnet, dass die es constituirenden Perceptionszellen mit bestimmt localisirten Bewegungsvorstellungen des centralen Projectionsfeldes der Augenbewegungen associirt sind. Durch Wiederholung der gleichen Gesichtswahrnehmung kommt ausser der Association der Perceptionszellen unter einander auch eine solche zwischen den entsprechenden, ebenfalls localisirten Bewegungsvorstellungen zu Stande. Den so erweiterten Begriff des optischen Erinnerungsbildes wollen wir Gesichtsvorstellung nennen. Wir sehen nun, dass trotz wechselnder Bildgrösse die letztgenannten Componenten der Gesichtsvorstellung die gleichen bleiben, wenn sie sich auf denselben Gegenstand beziehen. Dass die gleichen Ueberlegungen auch für Netzhautbilder zutreffen, deren Lage unsymmetrisch zum Netzhautmittelpunkt ist, können Sie aus dem Buche von Sachs ersehen, dessen Lectüre ich Ihnen überhaupt zur Einführung in unseren Gegenstand nicht dringend genug empfehlen kann.

Eine zweite Schwierigkeit, die nicht zu verkennen ist, besteht in der verschiedenen Ausgangsstellung der Objecte, von welchen deutliche Bilder entworfen werden. Ein gleichseitiges Dreieck, ein Kreuz werden wieder erkannt, ob nun das Dreieck auf der Basis oder der

Spitze steht, das Kreuz steht, liegt oder schief steht. Wie soll da dasselbe Erinnerungsbild resultiren? Darauf ist zu erwidern: die bei Weitem grösste Zahl der Objecte der Aussenwelt und in Folge dessen auch ihre Netzhautbilder bieten diese Schwierigkeit thatsächlich nicht, sondern haben einen festen Stand gegen unser Auge. Im Vergleich zu diesen sind die beweglichen und ihre Stellung verändernden Objecte, resp. Netzhautbilder einestheils in der Minderzahl, andererseits haben auch sie zu allermeist eine bestimmte gewohnheitsmässige Stellung gegen unsere Person. Rechnen wir zudem noch auf die Fähigkeit unseres Auges, sich so einzustellen, dass ein bekanntes Bild wieder erscheint, so wird die aus der wechselnden Lage der Objecte hervorgehende Schwierigkeit nur gering erscheinen. Es lässt sich aber auch nicht leugnen, dass die Erinnerungsbilder unter Umständen nicht ausreichend sind, um in befremdlicher Lage befindliche Objecte zu identificiren. Verkehrte Buchstaben erkennen wir nicht wieder; einige bekannte optische Urtheilstäuschungen beruhen auf demselben Mangel, und wie befremdlich erscheint uns das Bild einer wandelnden Person, wenn es durch eine Convexlinse betrachtet und dadurch umgekehrt wird!

Angenommen, es seien durch diese Betrachtung einige Schwierigkeiten gehoben, so wird noch immer die grosse Zahl von Zellengruppen, welche erforderlich ist, um nur die optischen Erinnerungsbilder zu beherbergen, erstaunlich erscheinen. Dabei lehrt die Erfahrung, dass das rüstige Gehirn jederzeit im Stande ist, noch neue Erinnerungsbilder zu erwerben, es muss also immer noch ein Ueberfluss von diesem Zwecke dienenden Elementen vorhanden sein. Ich mache nun bald auf einen Rechenfehler aufmerksam, der diese Schwierigkeit vielleicht übertrieben gross erscheinen lässt: wie ich noch später zeigen werde, neigen wir dazu, die Anzahl und die Variabilität der concreten Dinge der Aussenwelt zu überschätzen; in gleichem Maasse unterschätzen wir folgegemäss die Häufigkeit der Wiederkehr derselben Eindrücke.

Vierte Vorlesung.

Der concrete Begriff eine Association von Erinnerungsbildern. Bewusstsein der Aussenwelt. Zahl der Begriffe. Causalitätsbedürfniss.

Meine Herren!

Was wir von den optischen Erinnerungsbildern gefunden haben, dass sie erworbene Associationen wahrnehmender Elemente des centralen Projectionsfeldes sind, und dass die Form des Reizes die Art dieser Association bestimmt, wird man berechtigt sein, auf die centralen Projectionsfelder aller Sinnesgebiete zu übertragen. Die Erwerbung von Erinnerungsbildern beruht ganz allgemein auf der Eigenschaft der centralen Projectionsfelder, dass ihre wahrnehmenden Elemente, d. h. diejenigen Ganglienzellen, welche mit Projectionsfasern in directer Verbindung stehen, unter einander durch Associationsfasern, die Eigenfasern jedes Projectionsfeldes, verknüpft sind. Wir werden künftighin von olfactorischen, akustischen, tactilen und gustatorischen Erinnerungsbildern sprechen, ohne auf die Natur derselben noch weiter einzugehen. Ich brauche Sie aber nicht besonders darauf aufmerksam zu machen, dass jedes Sinnesgebiet seine besonderen Probleme bietet,[1]) und dass auch diese einfachsten psychischen Elemente, die Erinnerungsbilder, schon complicirter Art sein können. Vermöge dieses Besitzes von Erinnerungsbildern kommt das Wiedererkennen, die primäre Identification, zu Stande. Beschränken wir uns der Einfachheit halber auf die concreten Dinge, welche ja allein das Material für Sinneswahrnehmungen bilden, so gewinnen wir einen Inhalt des Bewusstseins, welcher gleich ist der Summe der Erinnerungsbilder der concreten Dinge. Es ist nun leicht ersichtlich, dass innerhalb dieser Summe ebenfalls bestimmte feste Gruppirungen zu unterscheiden sind, welche

---

1) cf. Ziehen l. c.

immer den Eigenschaften eines bestimmten concreten Dinges entsprechen. Ein und dasselbe concrete Ding giebt meist zu mehreren immer in gleicher Weise wiederkehrenden Sinneswahrnehmungen Veranlassung. Die Gleichzeitigkeit dieser verschiedenen Sinneseindrücke bewirkt, dass ihre Erinnerungsbilder associirt bleiben. Auf diese Weise entspricht jedem concreten Dinge eine erworbene Association von Erinnerungsbildern verschiedener Sinne, und diese Association ist um so fester, je häufiger derselbe concrete Gegenstand in den Bereich unserer Sinne gelangt. Wir gewinnen auf diese Weise ein anatomisches Substrat für diejenige psychologische Grösse, die man von jeher als Begriff bezeichnet hat. Wir werden nun im Stande sein, die Festigkeit und den Umfang des Begriffes zu unterscheiden, an den concreten Dingen aber werden wir wesentliche und ausserwesentliche Eigenschaften unterscheiden, je nachdem sie dem Dinge immer anhaften oder veränderlich sind. Der Umfang des Begriffes erstreckt sich natürlich auch auf die ausserwesentlichen Eigenschaften, da dieselben immerhin noch eine gewisse von der Natur des Dinges abhängige Constanz zeigen müssen. Von jedem Begriffe liesse sich, wie leicht ersichtlich, auf diese Weise eine Curvenzeichnung construiren, wobei die Extensität („Umfang des Begriffes") auf die Abscissenachse einzutragen, die Intensität („Festigkeit des Begriffes") durch die Ordinatenhöhe bestimmt wäre.

Das Wesen der secundären Identification im Gegensatz zu der primären müssen wir eben darin erblicken, dass von jeder einzelnen Componente des Begriffes die Summe aller übrigen, d. h. der ganze Begriff erregt werden kann. Die anatomische Grundlage für die Erwerbung derartiger zusammengehöriger functioneller Gruppen von Zellenelementen ist das Vorhandensein von Associationsfasern zwischen den verschiedenen Projectionsfeldern. Wir wollen diese im Gegensatz zu den intracorticalen Eigenfasern jedes Projectionsfeldes transcorticale Associationsbahnen nennen. Der Inhalt des Bewusstseins, wie wir ihn jetzt kennen gelernt haben, umfasst also die Begriffe der concreten Dinge oder, wie wir sie nennen wollen, die concreten Begriffe. Die Summe dieser Begriffe können wir auch als Bewusstsein der Aussenwelt unterscheiden, denn in diesen Begriffen besitzen wir in der That ein getreues Bild der Aussenwelt.

Wie Sie bald bemerken, ist in dem Bewusstsein der Aussenwelt auch der Apparat für einfache Schlussvorgänge enthalten, er ist derselbe, welcher auch zur secundären Identification dient. Aus gehörten Sprachlauten, aus dem Bellen eines Hundes, aus einem bestimmten

Duft schliesse ich auf die Anwesenheit eines Menschen, eines Hundes, einer bestimmten Blume. Fast alle Schlussvorgänge, welche sich auf die Beschaffenheit concreter Dinge beziehen, sind ähnlicher Natur und also, wie wir gesehen haben, nur Einzelfälle von secundärer Identification.

Der Inhalt unseres Bewusstseins besteht somit nicht nur aus Erinnerungsbildern, sondern zweitens aus ganz bestimmten, durch Association mit einander fest verknüpften Complexen von Erinnerungsbildern, den concreten Begriffen. Die Zahl der Begriffe richtet sich nach der Zahl der concreten Gegenstände. Vielleicht erregt es Befremden, dass ich es bisher so dargestellt habe, als ob nur einige wenige und immer dieselben Gegenstände in den Bereich unserer Sinne kämen. Gelangen nicht, werden Sie fragen, die Dinge der Aussenwelt in fast unendlicher Zahl und einer nicht zu beschreibenden Mannigfaltigkeit in den Bereich unserer Sinne? Darauf ist erfreulicher Weise eine ganz bestimmte Antwort möglich. Von der Anzahl der Begriffe giebt die Zahl der Worte uns eine Vorstellung; von der Anzahl derjenigen Begriffe, die ein bestimmtes Individuum besitzt, die Anzahl von Worten, mit denen es operirt. Einer der umfassendsten Geister nun, die je gelebt haben oder leben werden, ist ohne Zweifel Shakspeare, sein Wortschatz demnach auch ungewöhnlich umfassend: er beträgt fünfzehntausend.[1]) Wie viel müssten wir davon abziehen, wenn wir uns auf die concreten Dinge der Aussenwelt beschränken wollten! Nicht jeder ist ein Shakspeare, aber in Erstaunen wird es Sie doch setzen, wenn wir bald zu dem andern Extrem (innerhalb der civilisirten Nationen!) übergehen wollen: der Wortschatz eines englischen Matrosen geht über einige Hundert nicht hinaus. Die Anzahl der concreten Dinge ist also in der That nicht so gross, ihre Mannigfaltigkeit nicht so bedeutend, wie wir leicht zu schätzen geneigt sind, besonders wenn man dagegen die Zahl der Ganglienzellen der Hirnrinde, nach Meynert's Zählung etwa eine Milliarde, anführt. Dass dem gegenüber der gleiche concrete Gegenstand verhältnissmässig ungeheuer oft in den Bereich unserer Sinne gelangen muss, dass auf diese Weise eine feste Vereinigung bestimmter Erinnerungsbilder zu dem, was wir Begriffe genannt haben, entstehen muss, wird uns nun verständlich erscheinen.

Es erscheint Ihnen jetzt wohl selbstverständlich, dass das Bewusstsein der Aussenwelt in bestimmter Abhängigkeit von der

---

1) Nach Meynert. Sammlung von populär-wissenschaftl. Vorträgen 1892. S. 5.

Aussenwelt steht oder eine Function von ihr ist, wie wir es auch aus drücken können. Schon in quantitativer Hinsicht ist dies, wie die oben angeführten Beispiele darthun, über jeden Zweifel erhaben. Doch werden wir als Gegensätze nicht nur die Extreme, wie Shakspeare und den Matrosen, sondern überhaupt das Bewusstsein des in den complicirten Verhältnissen der Civilisation lebenden und wohl unterrichteten Stadtbewohners und des in abgeschiedener Einsamkeit und vernachlässigter Bildung aufwachsenden Landmannes, Fischers oder Jägers ins Auge fassen müssen. Aber auch die qualitative Verschiedenheit des Bewusstseins der Aussenwelt muss erstaunlich gross sein. Denken wir uns die Gegensätze eines in üppiger Flora und Fauna und einer reichen Farbenwelt aufwachsenden Tropenbewohners und des Polarbewohners, der in einem kurzen Sommer nur Spuren einer Vegetation erlebt.

Es lohnt sich wohl, noch einen Augenblick bei der merkwürdigen Thatsache der Association zu verweilen und ihre Bedingungen ins Auge zu fassen. Die meisten Associationen, die uns bisher interessiren konnten, beruhen auf der Gleichzeitigkeit der Eindrücke. Eine Erklärung ist darin natürlich nicht enthalten, aber die Thatsache ist unleugbar, dass die Erinnerungsbilder gleichzeitig empfangener Sinneseindrücke associirt bleiben, mag nun ein innerer Zusammenhang oder der loseste Zufall dieses Zusammenvorkommen verschuldet haben. Nur werden sich zufällige Vorkommnisse nicht so leicht wiederholen, ihre Association deshalb nicht eine so feste werden, wie die der gesetzmässig zusammenhängenden Erscheinungen.

Die Association der verschiedenen Erinnerungsbilder unter einander ist ein zweites Beispiel der Erscheinung der sogenannten ausgeschliffenen Bahnen, d. h. die Verbindung unter einander wird deshalb eine so feste, weil diese Bahnen so oft in Anspruch genommen werden.

Ausser der Association durch Gleichzeitigkeit kennen wir noch eine zweite Art der Association, die durch Aufeinanderfolge. Ich brauche nur daran zu erinnern, dass sie bei jedem Versuche, etwas auswendig zu lernen, die Hauptrolle spielt. Es giebt ganze Reihenassociationen, welche, frühzeitig uns eingeprägt, lebenslänglich in unserem Besitz bleiben: ich erinnere an das Alphabet, Einmaleins, Vaterunser u. dgl. m. Diese Association durch Aufeinanderfolge allein giebt uns auch Kenntniss von der Gesetzmässigkeit der Dinge. Immer, wo eine bestimmte Aufeinanderfolge von Erscheinungen ausnahmslos wiederkehrt, da glauben wir an eine Gesetzmässigkeit, und ganz besonders werden wir in diesem Glauben bestärkt, wenn

es uns gelingt, die erste Erscheinung willkürlich hervorzurufen, um dann auch die zweite Erscheinung folgen zu sehen. Das ist der Weg des Experimentes, der mit so unwiderstehlicher Ueberzeugungskraft auf uns wirkt. Es ist aber leicht ersichtlich, dass ein innerer Zusammenhang der beiden Erscheinungen dadurch nicht aufgedeckt wird, bewiesen wird dadurch eigentlich nur das Vorhandensein jener Associationsbahn, welche schon früher bei demselben Vorgange in Anspruch genommen wurde. Das Causalitätsbedürfniss, um es kurz herauszusagen, ist ein angeborener Fehler oder Vorzug unseres Gehirns. Die Erscheinungen der Aussenwelt sind an sich weit entfernt, irgend einen Zusammenhang unter einander zu besitzen; das Band, das sie verknüpft, besteht nur in unserem Gehirn und dient nicht zur Verknüpfung der Dinge selbst, sondern nur der Spuren, welche sie in unserem Gehirn hinterlassen.

Wir werden später sehen, dass eine Gleichzeitigkeit von scharfen Sinneswahrnehmungen unmöglich ist wegen derjenigen Eigenschaft, die man als Enge oder wohl auch als Einheit des Bewusstseins bezeichnet hat. In Wahrheit kann immer nur eine Sinneswahrnehmung gemacht werden, die zweite anscheinend gleichzeitige erfolgt entweder früher oder später. Die Association durch Gleichzeitigkeit erscheint daher nur als einzelner Fall der allgemein gültigen Association durch Aufeinanderfolge.[1])

Nachdem wir so viel von Association gesprochen haben, wollen wir uns auch die Schwierigkeiten nicht verhehlen, welche sich dem Verständniss des dabei stattfindenden Vorganges bieten. Bei einer früheren Gelegenheit[2]) habe ich ihn mit der Fortleitung einer Wellenbewegung innerhalb eines geschlossenen Röhrensystems verglichen. Aehnliche Vergleiche sind von Meynert und neuerdings von Ziehen gemacht worden. Jedenfalls lässt sich die Thatsache der Association nur durch die Annahme leitender Bahnen zwischen den anatomischen Oertlichkeiten, an denen die Erinnerungsbilder der einzelnen Sinne localisirt sind, erklären. Da ebensowohl in der weissen Substanz des Hirnmantels als in der Hirnrinde selbst eine Unzahl von Fasern nachweisbar sind, die nur zur Verbindung verschiedener Rindenstellen unter einander dienen, so ist auch die anatomische Grundlage dafür unzweifelhaft gegeben. Wenn zwei Rindenstellen eines und desselben centralen Projectionsfeldes bei dem Acte der primären Identification oder verschiedener Projectionsfelder bei dem

1) Weiteres über die Bedingungen der Association s. bei Ziehen l. c.

2) In meiner ersten Arbeit über Aphasie.

Acte der secundären Identification gleichzeitig durch vermittels des Projectionssystems anlangende Reize der Aussenwelt erregt werden, wird die zwischen ihnen sich erstreckende Verbindungsbahn gleichsam in Mitschwingungen versetzt, die Widerstände, welche sich der Fortleitung des Erregungsvorganges auf dieser Bahn entgegenstellten, werden, je öfter sich der Vorgang wiederholt, mehr und mehr beseitigt, und die Bahn wird ausgeschliffen, wie ich es früher bezeichnet habe, oder gebahnt, wie es neuerdings genannt wird. Damit ist nicht gesagt, dass diese Bahn eine continuirliche sein müsse, wir können für sie ebenso wie für die Bahnen des Projectionssystems nur eine physiologische Continuität in Anspruch nehmen. Im Gegentheil deutet die Thatsache, dass es eine eigene Schicht von Ganglienzellen der Rinde giebt, die der Spindelzellen, welche durch ihre Form und Stellung dem Associationssystem zugehörig erscheinen, in ganz bestimmter Weise darauf hin, dass auch Ganglienzellen in die Associationsbahnen eingeschaltet sind. Im Allgemeinen widerspricht es ja unserer Anschauung, Nervenfasern anzunehmen, welche nicht ihre Abkunft von irgend einer Nervenzelle erweisen können. Die einfachste Annahme wird also die sein, dass jede Spindel- oder Associationszelle zwei Nervenfaserfortsätze nach entgegengesetzten Richtungen entsendet, welche sich mit ihren Endbäumchen an die zu associirenden Ganglienzellen der Projectionsfelder anlegen. Es hat keine Schwierigkeit, sich vorzustellen, dass die bei der primären Identification betheiligten Ganglienzellen eines centralen Projectionsfeldes durch derartige, mit je einer Associationszelle versehene Associationsfasern sämmtlich unter einander verknüpft sind, obwohl schon dazu eine je nach der Zahl der wahrnehmenden Elemente durch Combination zu berechnende unter Umständen also ungeheuer grosse Zahl von derartigen Associationsbahnen erforderlich sind. Sobald man aber über diese erste physiologische Einheit, das Erinnerungsbild, hinausgeht und nur den nächst complicirten Fall der Gesichtsvorstellungen (s. oben S. 27) oder gar die Association zwischen Gesichtsvorstellungen und den Erinnerungsbildern eines anderen Projectionsfeldes ins Auge fasst, wächst die Schwierigkeit, sich für den Vorgang ein bestimmtes materielles Substrat zu denken, ins Ungeheuere. Mit Recht hat neuerdings Goldscheider[1]) diesen Umstand betont. Wir wollen indessen doch die vorhandenen Möglichkeiten erwägen. Ganz unmöglich erscheint es, dasselbe Schema, das innerhalb eines Projectionsfeldes denkbar ist, dass nämlich jedes wahrnehmende Element mit jedem anderen durch

1) l. c.

präformirte Bahnen anatomisch verbunden ist, auch auf die Verbindung von Erinnerungsbildern unter einander anzuwenden. So gross die Faserzahl, die hier zur Verfügung steht, erscheinen mag, so wäre sie doch durchaus unzureichend gegenüber den fast unendlich grossen Zahlen, die die Combinationsrechnung für diesen Fall ergeben müsste. Daraus folgt die absolute Nothwendigkeit, irgend eine andere Annahme zu machen, welche die Bedingungen der Association vereinfacht. Aus den schon oben angedeuteten Gründen, vor Allem aber den letztangeführten, halte ich die Vorstellung für berechtigt, dass der psychologischen Einheit des Erinnerungsbildes auch irgend eine anatomische Einheit entspricht. Es könnten z. B. Zellen bestimmter Schichten der Hirnrinde sein, welche von den oben erwähnten Associationszellen Faserfortsätze erhielten, zugleich aber auch mit den wahrnehmenden oder Projectionszellen in Verbindung stünden. Es hat durchaus nichts Unwahrscheinliches an sich, dass man die auf vielfache Elemente vertheilten Erregungsvorgänge einer bestimmten Rindenschicht in den Ganglienzellen einer nächst gelegenen Rindenschicht gewissermaassen zu einer Einheit zusammengefasst denkt. Man bedenke ausserdem, dass für unser Bewusstsein es die Erinnerungsbilder, nicht die Wahrnehmungen sind, welche associirt bleiben, wenn auch die Erwerbung der Association auf der Gleichzeitigkeit der Wahrnehmungen beruht. Man bedenke ferner, wie langsam und schwer feste Associationen zwischen verschiedenen Sinnesgebieten erworben werden, mit welcher Sicherheit sie aber, wenn einmal erworben, gehandhabt werden. Die Anbahnung dieser Wege kann mit ganz besonderen Schwierigkeiten verknüpft sein.

Fünfte Vorlesung.

Der Körper ein Theil der Aussenwelt. Bewusstsein der Körperlichkeit eine Function der centralen Projectionsfelder. Organempfindung und sinnlicher Inhalt der Empfindungen. Gefühlston der Empfindungen. Auch die grossen Eingeweide im Bewusstsein der Körperlichkeit vertreten.

Meine Herren!

Von welcher Bedeutung die bis jetzt gewonnenen Anschauungen für unseren Gegenstand sind, kann ich Ihnen am besten wieder an einem greifbaren Beispiele vor Augen führen. Nehmen Sie an, es erwache Jemand aus tiefem Schlaf oder krankhafter Bewusstlosigkeit. Sie können jetzt das Merkmal dafür, dass sein Bewusstseinsorgan wieder fungirt, in dem Wiedererkennen der Aussenwelt und den normaler Weise dabei stattfindenden Schlussvorgängen erblicken. Das Bewusstsein der Aussenwelt war dem Schläfer abhanden gekommen, oder vielmehr, es hatte so lange nicht fungirt, als die Bewusstlosigkeit dauerte.[1]) Nachdem es aber zurückgekehrt ist, wie verhält sich der vorher Bewusstlose weiter? Wir bemerken, dass er eine unbequeme Stellung, die er einnahm, corrigirt, dass er seinen Körper betastet, um sich von dessen Unversehrtheit zu überzeugen, und dass sein Interesse offenbar auf den eigenen Körper gerichtet ist. Das *Bewusstsein der Körperlichkeit* ist zurückgekehrt, und wir haben nun die Aufgabe, auch diesen Vorgang näher ins Auge zu fassen.

---

1) Die Gegensätze von functionirendem und latentem Bewusstsein werden uns immer wieder entgegentreten, sie entsprechen augenscheinlich verschiedenen Zuständen eines und desselben anatomischen Substrates. Eben deshalb aber haben wir vorläufig nicht die geringste Veranlassung, näher darauf einzugehen.

Wenn oben der Nachweis geführt worden ist, dass nur vermittelst des Projectionssystems Sinneseindrücke und damit Nachrichten von der Aussenwelt in unser Gehirn gelangen, so lehrt die einfachste Ueberlegung, dass dasselbe auch für unsere Körpertheile zutrifft. Nur durch die Nervenbahnen, welche einen bestimmten Körpertheil, etwa den Arm, mit dem Gehirn verknüpfen, wird das Gehirn mit ihm in Verbindung gesetzt; werden dieselben durchtrennt, was bei mechanischen Verletzungen öfter beobachtet wird, so kann mit dem Körpertheil etwas Beliebiges vorgehen, er kann gedrückt, gestochen, gequetscht, zermalmt oder verbrannt werden, ohne dass die geringste Wahrnehmung davon dem Gehirn übermittelt wird und in unser Bewusstsein gelangt. Am häufigsten werden dergleichen Vorkommnisse am Arme beobachtet, weil der Plexus brachialis verhältnissmässig oberflächlich liegt und dadurch der Einwirkung äusserer Gewalten am meisten ausgesetzt ist.

Da sich dieses Beispiel auf alle anderen Körperregionen übertragen lässt, so gilt es ganz allgemein, dass die Integrität des Nervensystems erforderlich ist, um Wahrnehmungen von unserer Körperlichkeit entstehen zu lassen. Der Bewusstlose, welchem der Plexus brachialis zerstört ist, kann nach dem Erwachen den Arm nicht mehr als sein Eigenthum identificiren. Das Bewusstsein der Körperlichkeit erscheint somit ganz allgemein als eine Function der Summe der Gefühlsnerven oder mit anderen Worten des Projectionssystems. Jener Ausspruch Meynerts, welcher die Bedeutung eines Querschnittes durch das Projectionssystem in der Höhe der Hirnschenkel betrifft, gilt somit auch für das Bewusstsein der Körperlichkeit: Nur von der Retina und dem Riechorgan könnten körperliche Wahrnehmungen noch gemacht werden, wenn jene Operation ausgeführt worden wäre. Stellen wir uns vor, dass an Stelle einer derartigen Durchschneidung, welche thatsächlich nicht ausführbar ist, eine andere Operation gemacht wäre, die zwar noch weniger ausführbar, aber ebenso gut denkbar ist, wie jene andere: Die Schädelkapsel sei abgedeckt, das Gehirn mit sanftem Zuge von der Schädelbasis abgehoben und, ohne Nebenverletzungen zu erleiden, hoch über die Schädelkapsel hinaus erhoben; Blutgefässe, Nerven, Oblongata und Rückenmark sollen bei diesem Dehnungsprocesse keinen Schaden erlitten haben. Dann erst erschiene uns das Gehirn in seiner wahren Gestalt, als das eigentlich empfindende und bewegende Wesen, nur armirt mit einer Maschine, welche zwar die Apparate für die Aufnahme von Empfindungsreizen, für die Ausführung von Bewegungen hergiebt, selbst aber im Verhältniss zum

Gehirn einen Theil der Aussenwelt ausmacht, nur dass dieser unabtrennbar mit dem Gehirn verbunden ist. Sinneseindrücke würden dann wie früher, nur mit der geringen Verspätung, die durch die grössere Weglänge bedingt ist, zum Bewusstsein dringen, Bewegungen ebenso wie früher möglich sein, nur dass auch hier die Uebermittelung des Befehles mehr Zeit beanspruchen würde. Das Gehirn wäre dann, worauf schon Meynert exemplificirt hat, einem Weichthier zu vergleichen, welches mit Fühlfäden, den Sinnesnerven, und mit Fangarmen, den Bewegungsnerven, ausgestattet ist. Dass jene Fühlfäden mit complicirten Sinnesapparaten, diese Fangarme mit besonderen Bewegungsapparaten, der an ein Knochengerüst befestigten Musculatur, armirt sind, kann dem Werthe des Gleichnisses keinen Abbruch thun.

Die Betrachtungen, die wir hinsichtlich der Sinneseindrücke angestellt hatten, werden also ganz ebenso auf unsere Körperlichkeit Anwendung finden. Auch das Bewusstsein der Körperlichkeit wird erst erworben, und zwar so wie das Bewusstsein der Aussenwelt dadurch, dass Nachrichten von den verschiedensten Körperstellen an die centralen Projectionsfelder derselben im Gehirn gelangen und daselbst Residuen, Erinnerungsbilder hinterlassen.

Ein Theil dieser Projectionsfelder ist uns in groben Umrissen schon bekannt und an bestimmten Stellen der Grosshirnrinde localisirt. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass jene von Munk experimentell ermittelten Rindenbezirke, die er als Armregion, Beinregion, Kopfregion, Ohrregion, Rumpf- und Nackenregion bezeichnet hat, die Bedeutung von centralen Projectionsfeldern dieser Körpertheile haben. Dass diese Versuche auf das menschliche Gehirn übertragbar sind, dafür liefert die menschliche Pathologie unwiderlegliche Beweise, wenn auch die ganz genaue Abgrenzung der Regionen beim Menschen noch erst zu erwarten ist. Auch das kann meiner Meinung nach nicht mehr bezweifelt werden, dass jede Region die gesammte Sensibilität und Motilität des bezeichneten Körpertheils vertritt, die Armregion somit das centrale Projectionsfeld für Sensibilität und Motilität, oder mit anderen Worten für die gesammten Nerven, des Armes.

Dabei tritt Ihnen ein Verhältniss entgegen, das unsere volle Aufmerksamkeit verdient. Alle diese Körperregionen sind mit dem Tastorgan der Haut bekleidet, ihre centralen Projectionsfelder enthalten somit auch die Vertretung von Sinnesoberflächen. Andererseits wird uns auch die Vertretung des Körpers im „Bewusstsein der Körperlichkeit“ nicht vollständig erscheinen, wenn die centralen

Projectionsfelder der Specialsinne ausser Acht gelassen werden, da die Riechschleimhaut, die Retina, das Gehörorgan, die dem Geschmack dienende Zungen- und Rachenschleimhaut, wenn auch specifischen Sinnesfunctionen dienend, immerhin zugleich allerwichtigste Theile unseres Körpers ausmachen. Wir werden daher das Bewusstsein der Körperlichkeit für diese Organe, wenn nicht noch eine besondere Projection dafür nachweisbar ist (wie z. B. für die Riech- und Schmeckschleimhaut durch gewisse Aeste des Quintus), an ihre uns schon bekannten centralen Projectionsfelder verlegen müssen, so dass eine Deckung von Bewusstsein der Aussenwelt und Bewusstsein der Körperlichkeit in der Hirnrinde uns ziemlich allgemein entgegentritt. Wir stossen hier auf Beziehungen complicirter Art, welche uns nötigen, noch einmal auf den elementarsten Vorgang der einfachen Sinnesempfindung zurückzugreifen.

Was wir bisher von der Empfindung kennen gelernt hatten, und was das Material für den Aufbau eines Bewusstseins der Aussenwelt lieferte, können wir auch als sinnlichen Inhalt der Empfindungen bezeichnen. Es dürfte Ihnen aber bekannt sein, dass jeder Empfindung noch eine andere Qualität zukommt, die wir bis jetzt absichtlich vernachlässigt haben, und die man allgemein als den Gefühlston der Empfindung von ihrem sinnlichen Inhalt unterscheidet. Dieser Gefühlston der Empfindung steht, wie ich Ihnen überzeugend darzuthun hoffe, mit dem Bewusstsein der Körperlichkeit in besonders enger Beziehung, indem er je nach dem Orte des einwirkenden Reizes verschieden gefärbt ist und so gewissermaassen ein Localzeichen für das Bewusstsein abgiebt, welche Stelle des Körpers von dem Sinnesreize afficirt worden ist. Die Empfindungen nämlich, welche mit einem starken Gefühlston verbunden sind, zeigen eine enge Beziehung zu Bewegungsmechanismen, welche zweckmässig zusammenwirken und augenscheinlich zum Schutze des Körpers dienen. Für gewöhnlich achten wir auf diese O r g a n e m p f i n d u n g e n nicht, sie entgehen uns, da unsere Aufmerksamkeit dem sinnlichen Inhalt der Empfindung zugekehrt ist. Jeder etwas stärkere Reiz jedoch wirkt so auf unser Bewusstsein, dass wir den sinnlichen Inhalt vernachlässigen und unsere Aufmerksamkeit der Organempfindung des betroffenen Körpertheiles zuwenden. Schon vorher aber pflegen zweckmässige Abwehrbewegungen stattzufinden. Einige Beispiele sollen dies erläutern. Stellen Sie sich vor, dass Sie unerwartet am Arme berührt werden, etwa in einem Menschengedränge, so denken Sie sofort je nach der Art der Berührung an eine Person oder einen Gegenstand, von welchem die Berührung ausgegangen ist. Werden

Sie aber heftig angepackt, so dass der Griff schmerzt, so ziehen Sie zunächst den Arm zurück und suchen ihn vor weiterer Beschädigung zu bewahren. Ihre Aufmerksamkeit ist dann dem beschädigten Körpertheile zugewendet. Aehnlich verhält es sich mit starken Geräuschen: Jeder prallt zurück, dem unvermuthet dicht am Ohr ein Geschoss abgefeuert wird, und kein Mensch bringt es fertig, in nächster Nähe eines vorübersausenden Schnellzuges stehen zu bleiben, wenn er auch genau weiss, dass keine Gefahr damit verbunden ist. Auch hier ist es wesentlich das Getöse, welches die starke Organempfindung hervorruft und das unwillkürliche Zurückprallen bedingt. Eine einfachere Form der Abwehrbewegung, nämlich den Schluss des Auges, beobachten wir bei Einwirkung grellen Lichtes, besonders wenn es plötzlich auf tiefe Dunkelheit folgt, und unter diesen Umständen wird es auch schmerzhaft empfunden. Auf Organempfindungen beruht es ferner, wenn das Auge das erste Mal auf den leuchtenden Punkt eingestellt wird, durch einen Bewegungsmechanismus, den ich schon bei Besprechung der Gesichtsvorstellungen erwähnt habe. Alle diese angeführten Beispiele von Bewegungen bald einfacher, bald complicirterer Art werden wir im Sinne Meynerts als Abwehr- oder Angriffsbewegungen zu betrachten haben und uns daran erinnern, das ihre ursprüngliche Quelle in angeborenen zweckmässigen Reflexen zu suchen ist. Ich erinnere an den berühmten Versuch von Pflüger, wonach der decapitirte Frosch nicht nur zu derartigen Abwehrbewegungen, sondern sogar zu einer zweckmässigen Abänderung derselben befähigt ist, da er, um eine mit Säure betupfte Hautstelle abzuwischen, sobald das Bein der gereizten Körperseite abgeschnitten wird, das andere zu Hülfe nimmt. Derartige Modificationen mögen Erwerb des Individuums sein, immerhin geschehen sie durch graue Substanz, der wir wesentlich nur eine Reflexthätigkeit zuschreiben, und keinem Zweifel kann es unterliegen, dass gewisse angeborene Reflexe selbst beim Menschen zweckmässig sind und der Abwehr dienen, geschweige denn beim niederen Thiere mit vorwiegend spinaler Organisation. Das niedrigst organisirte Wirbelthier zeigt innerhalb dieser Organisation ebenfalls schon mehr als einfache Reflexbewegungen, indem es wie der decapitirte Frosch die Fähigkeit gewisser zweckmässiger Anpassungen besitzt. Wo aber ein mächtiges Grosshirn vorhanden ist, wie bei den Säugethieren und ganz besonders dem Menschen, sehen wir ähnliche Bewegungsmechanismen auf die centralen Projectionsfelder der Hirnrinde übertragen (wie es z. B. für die Bewegungen des Auges von Munk auch experimentell dargethan ist). Die zweckmässige Modification der Bewe-

gung je nach der angegriffenen Körperstelle ist in beiden Fällen zu beobachten. Sie zeigt uns, dass die Organempfindungen den nächsten Zweck haben, den Körper zu schützen.

Die schon oben bei Erwähnung der Gesichtsvorstellungen angezogenen Localzeichen der Netzhaut dürften Ihnen jetzt in einem neuen Lichte erscheinen. Sie entstammen augenscheinlich den Organempfindungen der Netzhaut; denn wir sahen, dass die empfindenden Netzhautelemente je nach ihrer Lage auf einen Bewegungsmechanismus der Rinde so wirken, dass immer die Fovea centralis dem Reize zugewendet wird, und werden darin eine Abwehr- oder Angriffsbewegung im Sinne Meynerts erblicken müssen. In der That muss sie sich im Thierreich gleich nützlich zur Vertheidigung wie zum Angriff erweisen. Wenn oben davon Gebrauch gemacht worden ist, um die Entstehung von Gesichtsvorstellungen zu erklären, so haben wir eigentlich schon vorgegriffen; diesem Act vorausgehen muss die Erwerbung eines Raumbildes der Retina in unserem Bewusstsein der Körperlichkeit. Dadurch, dass die den Netzhautpunkten zugeordneten wahrnehmenden Zellen des optischen Projectionsfeldes je nach dem Netzhautmeridian verschiedenen Punkten des oculomotorischen Projectionsfeldes, je nach der Entfernung von der Netzhautmitte verschiedenen Intensitätsgraden ihrer Erregung durch Association zugeordnet sind, wird zunächst eine feste Orientirung über die Lage der Netzhautpunkte und damit ein Raumbild der Retina gewonnen. Der Vorgang ist dabei derselbe wie bei der Erwerbung optischer Erinnerungsbilder: durch Gleichzeitigkeit oder Aufeinanderfolge der Erregung benachbarter Netzhautpunkte entsteht die feste Association zwischen den entsprechenden wahrnehmenden Zellen einerseits, durch die Einstellungsbewegungen des Auges zwischen diesen und den Punkten des motorischen Projectionsfeldes andererseits. Durch die stete Wiederkehr des gleichen Verhältnisses unter den gleichen Bedingungen gewinnen die Associationen die nothwendige, bis zur Unlöslichkeit gesteigerte Festigkeit. Offenbar muss das Bewusstsein erst über die Netzhaut orientirt sein, ehe darauf entworfene Bilder räumlich verwerthet werden können.

Wie diese Ueberlegung den Raumsinn der Netzhaut daraus herleitet, dass die Retina unter dem Gesichtspunkt betrachtet wird, einen Theil der Körperoberfläche zu bilden, während der damit verbundene optische Apparat des Auges nur die Armirung dafür abgiebt, so trifft die gleiche Ueberlegung auch für das Tastorgan der Haut zu. Auch bei der Haut kann sich ein Raumsinn erst daraus entwickeln, dass das Bewusstsein über die Reihenfolge und Lage

der empfindenden Hautpunkte schon informirt ist. Und auch diese Information kann nur gewonnen werden durch Einübung von Associationen zwischen wahrnehmenden Elementen oder Perceptionszellen, die den Punkten der Haut entsprechen, und Bewegungsmechanismen in den motorischen Projectionsfeldern des Rumpfes, der Augen und der Glieder. Die letzteren aber werden wir uns noch um Vieles complicirter vorzustellen haben, als die Bewegungscombinationen der Augenmuskeln. Man bedenke nur, wie verhältnissmässig einfach die Bewegungen des um einen Drehungsmittelpunkt frei beweglichen, im gegebenen Raume verharrenden Augapfels gegenüber denen des mehrfach gestielten Tastorgans der Hand erscheinen. Fassen wir nur einfachste Tastbewegungen, wie die Beugung und Streckung der Finger ins Auge, so wissen wir seit Duchenne, dass sie nicht zu Stande kommen können ohne entgegengesetzt gerichtete Bewegungen des Handgelenkes, welche offenbar der Fixation gegen den Vorderarm dienen. Der Vorderarm muss gegen den Oberarm und dieser gegen die Schulter fixirt werden, letztere Fixation aber hat wieder eine entsprechende Innervation der Rumpfmusculatur zur Voraussetzung, ohne welche der Rumpf beim Gebrauch der Hand das Gleichgewicht verlieren würde. Es handelt sich also darum, zwischen einer grossen Zahl gesonderter Bewegungsmechanismen bestimmte feste Verhältnisse zu erwerben, ehe die Hand als Sinnesorgan brauchbar wird. Diese Aufgabe erscheint so schwierig, dass wir an der Möglichkeit ihrer Lösung zweifeln könnten, wenn uns nicht der Augenschein vom Gegentheil überzeugte.

Meine Herren, ich kann mir nicht verhehlen, dass Ihnen bei meiner Darstellung das Bedenken auftauchen könnte, sie wäre eine mehr oder weniger willkürliche Construction und würde vor der Macht der Thatsachen nicht Stand halten. Gestatten Sie mir nun also auch, die Thatsachen kurz zu erwähnen, welche, wie ich glaube, mit zwingender Gewalt zu der Ihnen vorgetragenen Auffassung nöthigen. Die eine Thatsache ist die, dass bei Rindenerkrankungen, sei es des Occipitallappens, sei es des Scheitellappens, continuirliche Defecte und zwar in ersterem Falle des Gesichtsfeldes, im zweiten der Hautsensibilität der Glieder beobachtet werden. Das Zustandekommen solcher Defecte beweist meiner Ansicht nach unwiderleglich, dass benachbarte Netzhautpunkte eine Projection in benachbarten Rindenelementen des Occipitallappens, benachbarte Hautpunkte der Gliedmaassen eine eben solche in benachbarten Rindenelementen des Scheitellappens besitzen müssen. Das Vorkommen umschriebener und dabei continuirlicher Defecte dieser Art wäre sonst absolut un-

erklärlich. Es ist die nächstliegende und deshalb wahrscheinlichste Annahme, dass sich diese Projection auf die nächsten Endigungen von Projectionsfasern, die der Wahrnehmung dienenden Perceptionszellen bezieht.

Die zweite Thatsache besteht in der sicheren Orientirung, die wir in Bezug auf die Netzhaut und die gesammte Hautoberfläche besitzen. Für die Netzhaut brauche ich dies nicht erst auszuführen. Aber auch die Haut des Körpers ist uns an jedem beliebigen Punkte mit einer Sicherheit, welche der Feinheit des Raumsinnes entspricht, bekannt. Dies geht daraus hervor, dass jeder Mensch bei geschlossenen Augen sofort die Hautstelle bezeichen kann, wo man ihn berührt hat. Er kann sie nicht nur nennen, oder mit dem Finger darauf zeigen, sondern er kann auch sofort die Augen auf den berührten Punkt richtig einstellen. An den Stellen mit besonders feinem Raumsinn, z. B. dem Handteller, kann er aus der Reihenfolge der berührten Hautstellen das Bild eines Buchstabens, einer Zahl, sogar von Arabesken, die man eingezeichnet hat, reconstruiren. Aehnliche Versuche gelingen bei den meisten Menschen auch noch an einer Reihe anderer Hautstellen.

Meine Herren! Wenn Sie mir bis hierher gefolgt sind, so haben Sie nur die wesentlichsten Bausteine für die Construction eines Bewusstseins der Körperlichkeit gewonnen, werden es aber noch unvollständig und einer Ergänzung bedürftig finden. Es fehlt noch die Vertretung der drei wichtigsten Sinnesoberflächen, welche dem Gehör, dem Geschmack und dem Geruch dienen. Es hat nun keine Schwierigkeit, die gewonnenen Gesichtspunkte auch auf diese Sinne zu übertragen. Am wenigsten wird Ihnen dies für das Gehör einleuchten, weil gerade hier der sinnliche Inhalt der Empfindung — man denke an die Sprachlaute — eine das ganze Geistesleben beherrschende Bedeutung gewinnt. Dennoch aber haben wir schon oben an einem Beispiel gesehen, dass unter Umständen die Organempfindung auch dieses Sinnes sich sehr mächtig zeigt und die complicirte Abwehrbewegung des Zurückprallens hervorruft. Aber nicht nur die Intensität, auch die Qualität der Gehörseindrücke kann ähnliche Wirkungen bedingen; so giebt es gewisse Geräusche, die das Gefühl und die Bewegung des Schauderns erzeugen, und dass Töne angenehm oder unangenehm berühren, ist eine landläufige Erfahrung. Dass ausserdem ein gewisser Raumsinn auch dem Gehörorgan eigen ist, so dass auf den Ort geschlossen wird, woher die Gehörsempfindung stammt, ist ebenfalls bekannt. Er zeigt sich freilich in feinerer Entwickelung nur in pathologischen Fällen, beweist aber doch, dass

gewisse Localzeichen, welche den Ort des einwirkenden Reizes angeben, auch innerhalb der akustischen Sinnesoberfläche vorhanden sind, ganz abgesehen von der Einrichtung des Corti'schen Organes, welche zur Orientirung über die Tonhöhe dient. Beim Geschmack und Geruch zeigen sich Organempfindung und sinnlicher Inhalt der Empfindung so eng mit einander verbunden, dass sie nur künstlich zu trennen sind. Wie Sie wissen, sind es zugleich die beiden exquisit chemisch-analytischen Sinne, deren Bedeutung für die Ernährung und den Schutz der Organismen offen zu Tage liegt.

Zu den Organempfindungen gehören auch die Empfindungen, die den Muskeln, den Gelenken und den grossen Eingeweiden entstammen. Besonders eclatant zeigt es sich an diesen letzteren, dass die Organempfindungen eine selbstständige Bedeutung haben und ohne Sinnesempfindungen vorkommen können. Auch diese Organempfindungen kommen uns im Zustande der Gesundheit nur wenig zum Bewusststein, obwohl Hunger- und Sättigungsgefühl, Harn- und Stuhldrang, Geschlechtsempfindungen u. dgl. m. jedem Einzelnen bekannt sind. Dagegen beweisen gerade die Erkrankungen der Eingeweide, dass sie mit lebhafter Sensibilität begabt sind und zu unserem Wohl- oder Uebelbefinden das Wesentlichste beitragen. In der That ist dasjenige Element, welches man immer als den „Gefühlston" der Empfindungen unterschieden hat, d. h. ihre Eigenschaft, von Lust- oder Unlustgefühlen begleitet zu sein, gerade bei den Organempfindungen von Seite der Eingeweide über alle anderen überwiegend, selbst über dasjenige, welches sich auf die Oertlichkeit der Empfindungen bezieht.

Die Localisation dieser Eingeweidegefühle ist immer nur eine vage, wenn auch bestimmt ausgesprochene: man denke an Magenschmerzen, an Gallenstein- und Nierenkolik, an die Belästigung durch überfüllte Harnblase u. s. w. Dafür aber trägt das normale Functioniren oder aber die gestörte Function dieser Organe um so mehr zu unserem Allgemeinbefinden bei, oder mit anderen Worten, das Bewusstsein der Körperlichkeit zeigt sich in deutlicher Abhängigkeit auch von dem Zustande der grossen Eingeweide. Ueberhaupt werden wir den eben erwähnten Gefühlston der Empfindungen im Allgemeinen als eine Affection des Bewusstseins der Körperlichkeit zu definiren haben. Es ist deshalb zu vermuten, dass das Bewusstsein der Körperlichkeit auch besondere Projectionsfelder für die grossen Eingeweide enthalte, eine Vermuthung, die durch gewisse hypochondrische Symptome, die bei Geisteskranken vorkommen, eine wesentliche Stütze gewinnt. In Bezug auf die Oertlichkeit dieser Projections-

felder sind wir freilich noch gar nicht unterrichtet, wenn man von der Hypothese Meynert's absieht, wonach die Ganglien des Streifenhügels dafür in Anspruch zu nehmen wären. So verführerisch dieselbe aus nahe liegenden allgemeinen Erwägungen anatomischer und morphologischer Art auch erscheinen mag, so schwebt sie doch vorläufig noch völlig in der Luft und gestattet keine praktischen Anwendungen.

Die Summe der Erinnerungsbilder aller Organempfindungen bildet den Inhalt des Bewusstseins der Körperlichkeit ebenso, wie die Erinnerungsbilder der Sinnesempfindungen das Bewusstsein der Aussenwelt constituirten. Wir können nun den Versuch einer psychologischen Definition nach den gewonnenen Gesichtspunkten unternehmen und stellen fest, dass die ersteren sich auf den Ort des Reizes, die letzteren auf die Form des Reizes oder die gegenseitige Anordnung der gereizten Elemente beziehen.

Es ist uns jetzt auch möglich, mit kurzen Worten anzugeben, was den wesentlichen Unterschied zwischen einer Sinneswahrnehmung selbst und ihrem Erinnerungsbild ausmacht: Die Sinneswahrnehmung ist stets von Organempfindungen begleitet und deshalb in bestimmte Stellen des Raumes projicirt, das Erinnerungsbild dagegen nicht. Augenscheinlich sind es die den Netzhautpunkten, Hautpunkten und sofort zugeordneten „Perceptionszellen", welche auch die Organempfindungen vermitteln.

Dass alle Projectionsfelder, welche das Bewusstsein der Körperlichkeit umfassen, auf das innigste durch Associationsbahnen mit einander verknüpft gedacht werden müssen, habe ich oben schon angedeutet. Da die Nachrichten, welche der eigene Körper in das Bewusstsein entsendet, unter den gleichen Bedingungen immer die nämlichen sind, so ergiebt sich unter den Erinnerungsbildern der Organempfindungen eine so feste Verknüpfung, wie sie von den Erinnerungsbildern der Aussenwelt nie gedacht werden kann. Die verschiedenen Theile der Körperlichkeit sind in ihrem Verhältniss zu einander absolut unveränderlich, die Dinge der Aussenwelt sind dagegen verhältnissmässig veränderlich. Von den Dingen der Aussenwelt können wir uns mehr oder weniger abschliessen, die Empfindungen dagegen, welcher unser Körper liefert, begleiten uns continuirlich. Während des Schlafes scheinen die Einwirkungen der Aussenwelt so gut wie spurlos an uns vorüberzugehen, die Körperoberfläche dagegen, auf welcher wir liegen, fährt fort, ihre Signale nach dem Bewusstsein zu entsenden. Welche Stellung wir im wachen Zustand auch einnehmen mögen, der continuirlichen Druckwirkung

und der Wahrnehmung derselben auf irgend einen Theil der Hautoberfläche vermögen wir uns nicht zu entziehen.

Dass ein gewisses Bewusstsein der Körperlichkeit den Menschen im wachen Zustande fortwährend begleitet, geht aus seinem Verhalten unzweideutig hervor. Mag die Aufmerksamkeit noch so sehr einem Gegenstande der Aussenwelt zugekehrt sein, mag man in einen Anblick, in das Hören einer Melodie noch so sehr versunken sein, der Körper bewahrt dennoch seine aufrechte Haltung, fährt fort zu marschiren, weicht Begegnungen aus, adaptirt sich Unebenheiten des Terrains, macht Abwehrbewegungen der verschiedensten Art u. dgl. mehr.

Es wird uns jetzt verständlich, dass von jeder Organempfindung aus der ganze Complex von Erinnerungsbildern der Körperorgane ins Bewusstsein gerufen wird, so dass, wenn wir die Analogie mit den Begriffen im Bereich des Bewusstseins der Aussenwelt festhalten, hier so zu sagen nur ein einziger grosser Begriff, der der Körperlichkeit, sich constituirt. Darauf deuten wenigstens jene Abwehrbewegungen hin, die wir bei stärkeren Organempfindungen kennen gelernt haben, da fast die gesammte Musculatur des Körpers daran theilnehmen kann. Zur Bildung von Begriffen bestimmter Körperregionen, mit so fester Abgrenzung, wie sie den Begriffen der Aussenwelt zukommen, scheint es im Bewusstsein der Körperlichkeit nicht oder nur unvollkommen zu kommen. Da eine Sinneswahrnehmung nicht möglich ist, ohne dass die bezügliche Organempfindung entsteht, so wird auch durch jede Sinneswahrnehmung das Bewusstsein der Körperlichkeit in toto wach gerufen. Das Bewusstsein der Körperlichkeit klingt daher auch bei jeder Sinneswahrnehmung an.

Die Organempfindungen haben nun freilich zweierlei Ursprung: neben den Reizen der Aussenwelt giebt es noch innere Reize, die sie hervorrufen. Man denke an Wärme- oder Kältegefühl der Haut in Folge vasomotorischer Vorgänge, an perverse Geschmacksempfindungen bei Katarrh der Mundschleimhaut, an subjective Ohrgeräusche wie das sogenannte Ohrenklingen, an die Lichtwellen, welche bei absoluter Dunkelheit von der Netzhaut ausgehen, u. dergl. mehr. Alle diese Organempfindunpen werden gar nicht auf die Aussenwelt bezogen. Das gegenseitige Verhältniss, welches hier besteht, ist also das, dass zwar Sinneswahrnehmungen nicht denkbar sind ohne entsprechende Organempfindungen, dass aber letztere allein zu Stande kommen können, ohne dass der Reiz auf die Aussenwelt bezogen wird. D i e W a h r n e h m u n g h a t d i e O r g a n e m p f i n d u n g z u r

Vorbedingung, die Organempfindung durchaus nicht die Sinneswahrnehmung. Auch dadurch wird diejenige Vorstellung von der Beschaffenheit der centralen Projectionsfelder nahe gelegt, die ich schon angedeutet habe, dass nämlich das Bewusstsein der Körperlichkeit durch die Perceptionszellen dargestellt wird und eine erste Station der Rinde bedeutet, welche passirt werden muss, ehe der Sinnesreiz in das Bewusstsein der Aussenwelt gelangt. Die schichtenweise Uebereinanderlagerung der Ganglienzellen der Hirnrinde begünstigt eine solche Annahme, wonach die der Markleiste nächste Schicht (bezw. die nächsten Schichten) das Bewusstsein der Körperlichkeit repräsentiren würden.

Es giebt gewisse Zeiten, zu welchen der Körper des entwickelten Menschen noch auffällige Veränderungen erleidet, so der Zeitpunkt der eintretenden Geschlechtsreife oder Pubertät, des Climacteriums, der Gravidität, des Puerperiums und der senilen Involution. Nach unserer Auffassung kann es nun auch nicht wunderbar erscheinen, dass sie für die Entwickelung gewisser Krankheiten des Bewusstseins einen besonders geeigneten Boden abgeben.

Die relative Unveränderlichkeit des Bewusstseins der Körperlichkeit erklärt uns, dass es dem übrigen Inhalt des Bewusstseins gegenüber als eine Art constanter Grösse erscheint, als die Einheit gegenüber den dem Wechsel unterworfenen Eindrücken der Aussenwelt. Durch die Erfahrung wird überdies das Bewusstsein belehrt, dass die Körperlichkeit untheilbar, die Aussenwelt dagegen mehr oder minder in ihre Bestandtheile zu zerlegen ist. So kommt es zur Bildung eines „primären Ich“ (Meynert), worunter eben das Bewusstsein der Körperlichkeit verstanden werden muss.

Sechste Vorlesung.

Begriff der spontanen Bewegung, Unterschied von der Reflexbewegung. Lageempfindung und Lagevorstellung, Innervationsgefühle und deren Erinnerungsbilder, Bewegungsempfindung und Bewegungsvorstellung gehen sämmtlich aus Organempfindungen hervor. Auch die Tastempfindungen und Tastvorstellungen des Tastorgans der Hand sind aus Organempfindungen abzuleiten.

Meine Herren!

Es ist Ihnen vielleicht schon aufgefallen, dass ich eine Gruppe von Erscheinungen bisher vollständig mit Stillschweigen übergangen habe, welche doch mit dem Bewusstsein der Körperlichkeit in innigster Beziehung stehen, nämlich die gesammten Erscheinungen von Seiten des Bewegungsapparates. Ich bin dieser Frage bis jetzt ausgewichen, weil sie ganz besonders complicirt ist. Wie ist es denkbar, dass jenes Weichthier des Vergleiches die Bewegungen seines Muskelapparates so vollkommen beherrschen lernt, wie es thatsächlich der Fall ist, wenn wir von angeborenen Fähigkeiten absehen wollen? Auf diesen Punkt wollen wir nun sogleich näher eingehen.

Bekanntlich trägt auch noch der Mensch wie jedes Wirbelthier die deutlichsten Spuren seiner phylogenetischen Abstammung von den Wirbellosen, indem das Rückenmark die Gliederung nach der Anzahl der Wirbel bewahrt hat. Diese metamere Gliederung müssen wir auch an jener Bewegungsmaschine, mit welcher das Gehirn armirt ist, mit in den Kauf nehmen. Sie spricht sich darin aus, dass die Reflexmechanismen des Rückenmarks in erster Linie die sensiblen und motorischen Apparate gleicher Querschnittshöhe in gegenseitige Beziehung setzen. Darauf beruht es wohl, dass ein leiser Stich, an die Plantarfläche der Zehen applicirt, zunächst eine Dorsalflexion derselben als Reflex hervorruft. Durch

die von Pflüger nachgewiesene Irradiation der Reflexe wird freilich bewiesen, dass diese Metamerie nicht ausschliesslich den Bau des Rückenmarks bestimmt, sondern dass Zusammenfassungen grösserer Muskelgebiete, je nach der Stärke des Reizes sogar fast der gesammten Musculatur, in der grauen Substanz des Rückenmarks vorgebildet sein müssen. Alle diese Reflexe haben zunächst mit dem Bewusstsein nichts zu thun, sie sind in der That angeboren und finden später auch statt, wenn das Bewusstsein ausgeschlossen ist, wie im tiefen Schlafe oder tiefer Bewusstlosigkeit. Im wachen Zustande jedoch nimmt späterhin das Bewusstsein von ihnen Notiz. Jenes Weichthier des Vergleiches erhält Nachrichten von den auf einer angeborenen Eigenschaft des Körpers beruhenden Reflexbewegungen. Wir wollen diese Nachrichten, ohne der näheren Bestimmung zunächst vorzugreifen, Bewegungsempfindungen, und die davon zurückbleibenden Erinnerungsbilder Bewegungsvorstellungen oder motorische Erinnerungsbilder nennen. Sehen wir nun zu, was wir unter Bewegungsempfindungen genauer zu verstehen haben.

Bei einer Reflexbewegung muss eine Reihe der verschiedensten Empfindungen entstehen. Zunächst die des Gelenkes, welches bewegt wird. Wir wollen sie mit g bezeichnen. Diese Gelenkempfindung, von einer bestimmten Excursion der Bewegung abhängig, ist mit ganz bestimmten Hautempfindungen h verknüpft, weil an der Beugeseite der Gelenke die Hautflächen in ganz bestimmtem Maasse verkürzt und einander genähert, an der Streckseite derselben dagegen gedehnt und von einander entfernt werden. g steht deshalb zu h in einem ganz bestimmten constanten Verhältniss, welches auch wiederkehrt, wenn passiv dem Gelenk dieselbe Stellung ertheilt wird. Aber auch die Muskeln zeigen sich betheiligt, da sie bei der Beugung an der Beugeseite der Gelenke erschlafft, an der Streckseite verlängert und gedehnt werden, während bei der Streckung das Gegentheil geschieht. Durch pathologische Beobachtungen lässt sich erweisen, dass diesen Muskelempfindungen m eine selbstständige Bedeutung zukommt, da sie bei fehlenden Haut- und Gelenkempfindungen zuweilen allein erhalten sind. Das ganz bestimmte Verhältniss dieser drei Empfindungen zu einander, also g : h : m, bezeichnen wir als Lageempfindung l, so dass l = g : h : m ist.

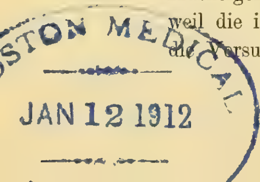
Die Erinnerungsbilder davon wollen wir als Lagevorstellungen L bezeichnen. Dieselben Lageempfindungen werden entstehen müssen, wenn man die Gelenke passiv bewegt, sie sind also keineswegs ausschliesslich an den Reflexact gebunden.

Die Lagevorstellungen eines Menschen können dadurch untersucht werden, dass man seinen Gelenken passiv beliebige Stellungen ertheilt. Der gesunde Mensch ist dann im Stande, diese Stellungen entweder nachzumachen, oder doch jede Veränderung präcis anzugeben, jedenfalls giebt er zu erkennen, dass er von der Lage seiner Glieder die vollkommen richtige Vorstellung hat. Besonders wichtig ist dieser Versuch an den leicht beweglichen Gelenken der Finger und der Zehen. Voraussetzung des Gelingens ist der vollkommene Ausschluss einer eigenen Thätigkeit des Individuums, also die Ausschaltung eigener Willensimpulse, welche freilich nicht bei allen Individuen gleich gut gelingt, weil sie eine gewisse Herrschaft über die Bewegungen voraussetzt.

Den Muskelempfindungen hat man früher unberechtigter Weise den Hauptantheil an der Lageempfindung zugeschrieben und deshalb den Besitz der Lagevorstellungen als einen eigenen Sinn, den „Muskelsinn", betrachtet. Wir verzichten auf den Gebrauch dieses Wortes um so lieber, als es auch noch zu anderen Missverständnissen Anlass geben kann.

Nehmen wir nun aber an, die Lageempfindung l werde durch eine Reflexbewegung erzeugt, so entsteht die Bewegungsempfindung b; zu den schon genannten muss nun ein weiteres Merkmal hinzutreten, das in nichts Anderem bestehen kann, als einer Empfindung von der Zellthätigkeit z, welche als Ursache der Muskelinnervation im Augenblick des Reflexes anzusehen ist. Durch die Muskelcontractionen, welche hierbei geschehen, werden gewisse Muskelempfindungen m_1 ausgelöst, welche in einem bestimmten constanten Verhältniss zu dem Vorgang in der Ganglienzelle z stehen, also $m_1 : z$. Wenn wir die Nachricht, welche von dem Bewegungsimpuls in das Bewusstsein gelangt, als Innervationsgefühl i bezeichnen, so ist nun $i = z : m_1$. Die Bewegungsempfindung b im Ganzen enthält beide Bestandtheile der Reflexbewegung, sowohl das Innervationsgefühl als die Lageempfindung, und diese werden, wie leicht ersichtlich, ebenfalls in einem bestimmten festen Verhältniss zu einander stehen, also $b = i : l$.

Auch die Muskelempfindung m_1 direct ist der Prüfung zugänglich, indem man den Muskel faradisirt. Doch wird dann höchstens bestimmt werden können, welche Stromstärke wahrgenommen wird, und ob Veränderungen derselben wahrgenommen werden. Die resultirende Bewegung des Gelenkes bedingt eine selbstständige Lageempfindung, welche wie jede anders entstandene vom normalen Bewusstsein wahrgenommen wird. Eine gesetzmässige Verbindung zwischen dem Muskelgefühl und der Lageempfindung besteht jedoch bei diesem Versuche nicht, weil die isolirte Contraction eines Muskels normaler Weise niemals stattfindet, daher die Versuchsbedingungen ein novum für das Bewusstsein enthalten.



Die Bewegungsempfindungen, welche auf diese Weise ins Bewusstsein gelangen und sich durch ihren stets in gleicher Weise wiederkehrenden Inhalt zu festen Bestandtheilen des Bewusstseins, den Bewegungsvorstellungen B herausbilden müssen, geben zwar nur Erinnerungsbilder von Reflexbewegungen, es sind aber darin doch schon ganz bestimmte zweckmässige Muskelanordnungen vertreten, da die Reflexbewegungen ohne Zweifel schon coordinirte im Sinne Duchenne's sind. Nach der Eintheilung Duchenne's in impulsive, collaterale und antagonistische Muskelcoordinationen fallen die Reflexbewegungen unter die impulsiven und collateralen. Die Reflexbewegungen entbehren auch einer gewissen Zweckmässigkeit nicht, sie sind vielmehr augenscheinlich als Schutzmaassregeln anzusehen, welche die Abwehr von Reizen oder die Entfernung des betreffenden Körpertheils aus dem Bereich des Reizes herbeiführen sollen. Diese beiden Momente sind als die wesentlichsten Vorbedingungen für das Zustandekommen der spontanen Bewegungen anzusehen. Man erinnere sich, dass während der Reflexbewegung nicht nur von der Bewegung als solcher, sondern auch von der Empfindung e, welche als reflexauslösender Reiz wirkte, in das Bewusstsein eine Nachricht gelangte. Das Erinnerungsbild E dieses, sei es tactilen, sei es direct schmerzhaften Reizes wird in Folge dessen mit der Bewegungsvorstellung B associirt bleiben. Von einer spontanen Bewegung sprechen wir nun dann, wenn das Erinnerungsbild E auf der Associationsbahn EB die Bewegungsvorstellung B derart hervorruft, dass die Bewegung wirklich geschieht. Dazu ist als Vorbedingung die Annahme erforderlich, dass eine centrifugale Bahn p von B aus nach eben jenen Ganglienzellen sich erstrecke, welche vorher bei dem Reflexvorgang in Thätigkeit traten. Diese Bahn ist in der That nachgewiesen, es ist die Pyramidenbahn. Zwei Beispiele werden uns den wesentlichen Unterschied zwischen Reflexbewegung und spontaner Bewegung noch näher erläutern. Ein Nadelstich, der in die Fusssohle applicirt wird, hat als Reflexbewegung eine Beugung der unteren Extremität in allen drei Gelenken und damit die Entfernung der Fussohle von dem stechenden Instrumente zur Folge. Bei der spontanen Bewegung wird die Nadel nur erblickt, das Erinnerungsbild E der Tastempfindung e tritt dadurch ins Bewusstsein und veranlasst auf der Bahn der Association EB die Bewegung, welche vorher reflectorisch geschah. Die noch erforderliche Bahn Bz ist die Pyramidenbahn. Aehnlich verhält es sich, wenn bei Annäherung eines stechenden Intrumentes das Auge geschlossen wird; auch dabei findet zuerst eine optische

Wahrnehmung statt, welche mit dem Erinnerungsbild E associirt ist, wie das letztere mit der Bewegungsvorstellung B. Ganz allgemein können wir die spontanen Bewegungen nun definiren als Reactionen auf Reize der Aussenwelt, welche durch Erinnerungsbilder vermittelt werden. Wirklich dürften die meisten spontanen Bewegungen während des ganzen Lebens an irgend welche Reize von der Aussenwelt anknüpfen, wenn auch die Möglichkeit nicht in Abrede gestellt werden soll, dass gegenwärtige Reize der Aussenwelt dabei ganz fehlen können, so dass spontan auftauchende Erinnerungsbilder den Ausgangspunkt des Associationsvorganges bilden, der schliesslich mit der Bewegung endigt.

Die ersten spontanen Bewegungen des Kindes geschehen augenscheinlich unter der Herrschaft von Organempfindungen. Die Saugbewegung, die beim Neugeborenen reflectorisch erfolgt, wird später zur spontanen Bewegung, veranlasst durch das Organgefühl des Hungers. Noch später genügt der Anblick der Brustwarze, um die Saugbewegung hervorzurufen. Die Empfindlichkeit des kindlichen Auges gegen grelle Lichteinwirkung weist auf das praedominirende Organgefühl als Ursache des Lidschlusses hin. Unter den spontanen Bewegungen sind die Abwehrbewegungen in den ersten Lebensmonaten bei Weitem überwiegend, d. h. wieder solche, welche auf Organempfindungen beruhen und eine mehr oder minder getreue Nachahmung der Reflexbewegung sind. Auch sehr complicirte, dem Erwachsenen durch das ganze Leben anhaftende Bewegungscombinationen, wie die des Zusammenschreckens, des Zurückprallens, des Seitwärtsspringens u. dgl. mehr geschehen, wie uns schon frühere Beispiele gelehrt haben, unter der Herrschaft von Organempfindungen, und wenn man einen gewissen Einfluss der Vererbung auf die Entwickelung der Sprache zulassen will, was kaum zu vermeiden sein dürfte, so wird man den Trieb, gehörte Laute nachzuahmen, zunächst auf Organempfindungen im Sinnesgebiete des Acusticus zurückzuführen haben. Mit anderen Worten, man wird anzunehmen haben, dass die Erregungen des Acusticus zu einer gewissen Lebenszeit mit einem angenehmen Gefühle verbunden sind, und dass die Erfahrung des Kindes, dass es selbst Laute hervorzubringen vermag, dazu verwerthet wird, diese angenehmen Empfindungen durch eigene Sprachbewegungen ebenfalls hervorzurufen. Die Organgefühle im optischen Gebiete sind auch beim Erwachsenen noch nachweisbar, wenn man die an Kitzel erinnernde angenehme Empfindung bei einem Farbenspiel, wo verschiedene gesättigte Farben rasch auf einander folgen, in Betracht zieht. Dass im Gebiete des Acusticus der Genuss, den

uns eine Tonschöpfung bietet, ursprünglich auf der gleichen Grundlage ruht, dürfte kaum zu bezweifeln sein.

Das einfachste Schema einer spontanen Bewegung, das oben aufgestellt wurde, gestattet bald eine Anwendung auf die activ erworbenen Tastvorstellungen. Wie beim Reflex die Bewegung auf den Reiz folgte, wie bei der Abwehrbewegung die optische Wahrnehmung des stechenden Instrumentes den Anstoss zur Auslösung des Lidschlusses auf der Bahn der Association gab, so ist ohne Zweifel die optische Wahrnehmung eines Gegenstandes häufig der Ausgangspunkt für die Ausführung von Tastbewegungen — Angriffsbewegungen im Sinne von Meynert. Wenn auch unsere ganze Hautoberfläche als passives Tastorgan fungirt, d. h. gewisse dunkele Tastwahrnehmungen vermittelt, die ohne eigene Bewegung des Körpers stattfinden, so sind wir doch im Besitze specifischer beweglicher Tastorgane, wirklicher Fühlfäden im Sinne des Vergleiches, der Gliedmaassen und in der ersten Lebenszeit auch des Mundes. Das Kind betastet jeden gesehenen Gegenstand mit den Händen und dem Munde. Was oben von der Retina entwickelt wurde, dass das Erinnerungsbild das Residuum einer bestimmten räumlichen Anordnung der erregten Netzhautelemente sei, muss natürlich auch für das passiv gedachte Tastorgan zutreffen. Bei der Retina freilich gab es eine Stelle des deutlichsten Sehens, welche wir damals ausschliesslich als den Ort, der zur Erwerbung der Erinnerungsbilder dient, in Anspruch genommen haben. Bei dem passiven Tastorgan der Haut giebt es zwar auch Stellen deutlichster Empfindung, wozu gerade die Mundpartie des Säuglings gehört, ebenso wie die Haut der Hand und Finger; es dürfte aber doch die Annahme geboten sein, dass nicht ein einziges derartig beschränktes Hautgebiet allein die Erinnerungsbilder entstehen lässt, sondern dass sie von jeder Hautfläche aus erworben werden können. In gewisser Beschränkung gilt dies ja natürlich auch von der Retina, da excentrisch wahrgenommene Gegenstände unter Umständen richtig erkannt werden, und für die Retina wird man das Postulat aufstellen können, dass die so erworbenen Erinnerungsbilder allmählich mit den durch centrales Sehen gewonnenen Bildern associirt werden. Eine ähnliche Association zwischen den Erinnerungsbildern der verschiedenen Hautflächen, sobald sie von demselben Gegenstande herstammen, wird man nun auch an den centralen Projectionsflächen des passiven Tastorgans voraussetzen dürfen. Ausserdem aber wird nicht geleugnet werden können, dass feinere Tastvorstellungen überwiegend durch die beweglichen Tastorgane, die Hände und Finger,

erworben werden. Die Art und Weise, wie dies geschieht, wollen wir nun etwas näher ins Auge fassen.

Soll ein concretes Ding, z. B. ein Federmesser, abgetastet werden, und nehmen wir an, dies geschehe nur mit einer Hand, so lassen wir die Volarflächen der Finger unter vielfacher Verschiebung darüber hinweggleiten und überzeugen uns so von Consistenz, Glätte oder Rauhigkeit, Temperatur der Oberflächen und der allgemeinen Form und Ausdehnung des Gegenstandes. Die Summe dieser Empfindungen müssen wir als eine Einheit betrachten, welche nur wiederkehrt, wenn wieder ein Federmesser abgetastet wird, bei keinem anderen concreten Gegenstande. Nennen wir diese Einheit die Tastempfindung eines Gegenstandes t, so ist sie zusammengesetzt aus einer Reihe von Empfindungen der Haut $e_1 + e_2 + e_3 \ldots$ und einer Reihe von Bewegungsempfindungen $b_1 + b_2 + b_3 \ldots$, welche mit den ersteren in einfacher und complicirter Beziehung stehen. In einfacher in so fern, als jede stärkere Muskelcontraction die Druckempfindung, die von dem Gegenstand herrührt, verstärkt, in complicirter in so fern, als eine Reihe von auf einander folgenden Bewegungen erforderlich ist, um unter der Bedingung gleichbleibenden Druckes die Form des Gegenstandes abzutasten. Wie complicirt die Grösse $t = e + b$ uns erscheinen muss, geht daraus hervor, dass jedes Glied der Reihe $b_1 + b_2$ schon eine zusammengesetzte Grösse ist, wie ich Ihnen soeben erst aus einander gesetzt habe. Erinnern wir uns also, dass $b = i : l$ war, d. h. ein bestimmtes Verhältniss von Lageempfindung und Innervationsgefühl bedeutete, so kommt nun hier noch hinzu die Association mit den passiven Tastempfindungen der Reihe $e_1 + e_2 \ldots$ Erst diese complicirte Grösse können wir als Tastempfindung t eines Gegenstandes bezeichnen. Ihr Erinnerungsbild T nennen wir Tastvorstellung oder auch wohl Tastbild. In der That prüfen wir auf das Vorhandensein von Tastvorstellungen in der Weise, dass wir die Aufgabe stellen, concrete Gegenstände durch blosses Zutasten mit der Hand, unter Ausschluss der Augen, zu erkennen. Der normale Mensch löst diese Aufgabe bei jedem ihm überhaupt bekannten Gegenstand mit Leichtigkeit.

M. H. Durch näheres Eingehen auf unseren Gegenstand dürfte es Ihnen klar geworden sein, welche wichtige Rolle die eigenen Bewegungen des Körpers bei den Sinneswahrnehmungen spielen. Die Erinnerungsbilder des Tastsinns, welche wir zu Beginn unserer Untersuchungen auf eine Art von passivem Projectionsvorgang, gleich den anderen Sinneswahrnehmungen, zurückführten, erscheinen uns nun zugleich aus Erinnerungsbildern spontaner Bewegungen zusammen-

gesetzt. Diese motorischen Erinnerungsbilder wird man aber dem Bewusstsein der Körperlichkeit einreihen müssen, so dass wir hier ein Gebiet betreten, wo Bewusstsein der Aussenwelt und der Körperlichkeit ihre principielle Gegensätzlichkeit verlieren und dagegen der Satz, dass nur Veränderungen der Körperlichkeit uns von den Dingen der Aussenwelt Kunde geben, sich wieder aufs Augenscheinlichste bewährt. Denselben Zusammenhang zwischen Aussenwelt und Körperlichkeit zeigen uns alle die spontanen Bewegungen, welche dazu dienen, uns der Aussenwelt zu bemeistern (Angriffsbewegungen Meynert). Jede Fertigkeit oder Kunst im Bereiche der Bewegungen muss bekanntlich mühsam erlernt werden, von den Gang- und Sprachbewegungen an bis zu den complicirtesten Bewegungsfolgen des schöpferischen Künstlers. Alle diese Bewegungen geschehen unter fortwährender Leitung des Tastgefühls, sie sind erst möglich durch den festen Besitz einer grossen Reihe der complicirtesten Tastvorstellungen. Wenn wir eine Prüfung auf derartige Bewegungsvorstelluugen vornehmen, so pflegen wir uns an die einfachsten Beweise manueller Geschicklichkeit zu halten. Es wird z. B. dem Kranken aufgegeben, bei geschlossenen Augen seine Kleider aufzuknöpfen und wieder zuzuknöpfen, einen Bleistift zu spitzen, die Uhr aufzuziehen, Zahlen oder Buchstaben in die Luft zu schreiben, oder auch Schreibbewegungen in der gewöhnlichen Weise auszuführen. Mit wenigen Ausnahmen ist immer das Hantiren mit einem oder mehreren Objecten erforderlich, der Besitz der Tastvorstellungen davon deshalb auch zur Ausführung der geforderten Bewegung unumgänglich.

Wie bei den soeben besprochenen Tastvorstellungen die Bewegungen an Hautempfindungen gebunden sind, so giebt es einen besonderen complicirten Muskelapparat, dessen Bewegungen unter der Leitung der Netzhauteindrücke stehen. Wenn die Form eines Gegenstandes genau wahrgenommen werden soll, so wird bekanntlich durch zweckentsprechende Augenbewegungen die Stelle des deutlichsten Sehens gewissermaassen an den Umrissen des Gegenstandes entlanggeführt, ein Vorgang, der dem Abtasten durch das bewegte Tastorgan der Finger vollständig analog ist und ebenso gut als Abtastung der Contouren durch die Macula lutea bezeichnet werden könnte. Die complicirten Augenbewegungen, welche dazu erforderlich sind, hinterlassen motorische Erinnerungsbilder, welche ganz ähnliche Reihenassociationen bilden werden wie die oben besprochenen, beim Abtasten mit der Hand gewonnenen. Wie diese mit den passiv erworbenen Erinnerungsbildern von Hautempfindungen E

verschmolzen erst die vollständige Tastvorstellung eines Gegenstandes darstellen, so sind die motorischen Erinnerungsbilder dieser gleichsam abtastenden Augenbewegungen eine neue Componente, welche mit den uns schon bekannten associirt erst dasjenige ausmacht, was mit Fug und Recht Gesichtsvorstellung genannt werden kann. Für die Augenbewegungen ist es leider nicht möglich, Lageempfindungen und Lagevorstellungen gesondert zu untersuchen. Trotzdem wird man nicht leicht die Wichtigkeit derselben behufs Orientirung im Raume überschätzen können, sie sind ein weiteres eclatantes Beispiel dafür, wie Organempfindungen dazu verwerthet werden, ein festes Bild der Aussenwelt im Bewusstsein zu gewinnen. Zum Schluss muss ich Sie auf ein ganz ähnliches Verhältniss zwischen Sprachbewegungen und Gehörswahrnehmungen aufmerksam machen: auch die Sprachbewegungen des Kindes sind zunächst tastende Bewegungen, die aber nicht mit Haut oder Netzhautempfindungen, sondern mit Gehörsempfindungen in Beziehung stehen, bezw. von ihnen geleitet werden.

Soweit wir den Inhalt des Bewusstseins bisher übersehen können, zeigt er sich einer gewissen, durch die Thatsache der Projection gegebenen Localisation zugänglich. Wie die optischen Erinnerungsbilder in dem centralen Projectionsfelde des Opticus, die akustischen in dem centralen Projectionsfelde des Acusticus localisirt sind, so können wir daran nicht zweifeln, dass auch die Tastvorstellungen von concreten Gegenständen in ähnlicher Weise localisirt sind. Einfache Figuren, wie Zahlen, ein Kreuz, ein Kreis, ein Dreieck werden, einer Hautfläche aufgezeichnet, durch das Gefühl unter Ausschluss des Auges erkannt. Die centrale Projection des passiven Tastorgans der Haut entwickelt also einen Raumsinn wie die Retina, wobei die gegenseitige Anordnung der durch den Reiz getroffenen Hautstellen für die dadurch entstehenden Erinnerungsbilder maassgebend ist.

Wie oben ausgeführt ist, werden diese Hauterinnerungsbilder zu Tastvorstellungen durch ihre Association mit Bewegungsvorstellungen der tastenden Glieder.

Die gleichen Tastbilder gelangen so an die verschiedenen Projectionsfelder, werden aber nicht nur unter einander durch feste Association verbunden sein, sondern vor allen Dingen auch mit den entsprechenden Gesichtsvorstellungen. Die Tastvorstellungen concreter Gegenstände dürften ausschliesslich in der Armregion localisirt sein, und zwar selbstverständlich für rechten und linken Arm in verschiedenen Hemisphären, weil derartige Tastvorstellungen vom

Erwachsenen wenigstens ausschliesslich durch Handbewegungen erworben werden.

Es ist selbstverständlich, dass wir auch über die Lage der Netzhautpunkte eine Orientirung nicht angeboren besitzen, sondern erst erwerben müssen. Die Orientirung über oben und unten, rechts und links bezieht sich ja ausschliesslich auf den eigenen Körper und bedeutet nichts Anderes, als die Erwerbung fester Associationen zwischen den Wahrnehmungszellen, die den Punkten der Retina zugeordnet sind, und dem „Begriff" (s. oben) der Körperlichkeit. Bewegungsempfindungen zweierlei Art werden dabei in Betracht kommen: erstens solche, welche von Blickbewegungen nach oben, unten, rechts und links herstammen. Man könnte sie die Massenbewegungen des Auges nennen. Zweitens solche, welche dazu dienen, den Augapfel für den Lichtreiz einzustellen oder ihm zuzudrehen, diese kann man als Einstellungsbewegungen unterscheiden. Dass auch Augenbewegungen zu irgend einer Zeit des individuellen Lebens reflectorisch erfolgen, ist unbedingt ein physiologisches Postulat. Am wahrscheinlichsten sind es Einstellungsbewegungen, die vermittels zweckmässig vorgebildeter Verbindungen schon der primären Opticuscentren mit den Augenmuskelkernen durch den Lichtreiz ausgelöst werden. Die auf diese Weise entstehenden Innervationsgefühle ($i = z : m_1$ s. oben) haben eine besonders feine Sensibilität der Augenmuskeln zur Voraussetzung, falls man nicht etwa besondere Lageempfindungen des Augapfels (Ciliarnerven?) annehmen will. Ihre Erinnerungsbilder sind die Bewegungsvorstellungen im Bereich der Augenmusculatur und nach der Art ihrer Erwerbung naturgemäss mit den wahrnehmenden Elementen im Projectionsfelde der Retina derart associirt, dass von jedem einzelnen aus eine bestimmte Form und ein bestimmter Grad (Excursionsweite) associirter Muskelcombinationen hervorgerufen werden kann.

Die von *Munk* gefundenen Reizpunkte am Occipitallappen des Hundes, von denen aus Einstellungsbewegungen bewirkt werden können, entsprechen augenscheinlich derartigen Bewegungsanordnungen. Sie decken sich beim Hunde örtlich mit der Rindenprojection der Netzhaut, und die von ihnen ausgehenden centrifugalen Fasern B z (s. oben) verlaufen mit den Projectionsfasern der Netzhaut gemeinschaftlich im sagittalen Markbündel des Hinterhauptlappens. In so fern nehmen sie eine Ausnahmestellung ein und unterscheiden sich von den Fasern der Pyramidenbahn.

Siebente Vorlesung.

Bewusstsein der Persönlichkeit oder Individualität. Ist es der Localisation zugänglich? Das Räthsel des Selbstbewusstseins.

Meine Herren!

Mit dem Ueberblick, welchen ich Ihnen bisher über die beiden grossen Gebiete des Bewusstseins der Aussenwelt und der Körperlichkeit gegeben habe, ist der Inhalt des Bewusstseins keineswegs erschöpft, es sind vielmehr nur die allerersten Grundlagen eines Bewusstseins, welches wir, wenn auch in quantitativer Verschiedenheit, mit dem Thiere gemeinsam haben. Die höhere geistige Entwickelung des Menschen muss zwar von diesen Grundlagen aus, aber auch weit darüber hinausgehen, sie beginnt so zu sagen erst mit dem Zeitpunkt, wo diese Grundlagen schon erworben sind. Das Resultat der normaler Weise vor sich gehenden geistigen Entwickelung ist die Bildung einer Persönlichkeit oder Individualität. Der Bewusstlose, den wir zum Beispiel unserer Betrachtung gewählt haben, muss das Bewusstsein seiner Persönlichkeit wiedererlangen, ehe wir ihn für vollständig restituirt halten können, d. h. er muss sich erinnern, nicht nur dass er denselben Körper hat, wie vor dem Unfall, sondern dass er der Gleiche geblieben ist hinsichtlich seines ganzen geistigen Besitzstandes. Das Bewusstsein der Persönlichkeit, mit dem wir uns nun etwas eingehender zu beschäftigen haben, hat die Möglichkeit einer Ich-Entwickelung zur Voraussetzung. Worin diese Möglichkeit gegeben ist, dass die unveränderliche Körperlichkeit im Gegensatz zur veränderlichen Aussenwelt die Hauptbedingung dafür ist, haben wir schon oben gesehen. Der Zwang dieser Thatsachen macht sich in dem Augenblicke geltend,

wo das Kind beginnt mit dem Worte Ich zu operiren. Wird vor diesem Zeitpunkt die geistige Entwickelung gehemmt, so resultirt ein Idiot, der in der dritten Person von seinem Körper spricht. Das Bewusstsein der Persönlichkeit umfasst daher alles dasjenige, was man im Sinne des Sprachgebrauchs unter geistigem Besitz und geistigem Erwerb zu verstehen pflegt, Alles, was dem Kinde durch Unterricht, Bildung und Erziehung erst zugeführt werden muss, damit sich aus ihm ein Individuum heranbilden kann.

In erster Linie entscheidend für das, was aus einem Menschen wird, ist ohne Zweifel das sociale Medium, in dem er aufwächst. Das lebendige Beispiel ist immer das wirksamste Erziehungsmittel gewesen und muss es um so mehr sein, wenn es mit der selbstverständlichen Autorität verbunden ist, die den Eltern gegenüber dem Kinde innewohnt. Das Familienleben der Eltern prägt zweifellos dem Kinde, seiner geistigen Persönlichkeit, seinem künftigen Charakter den entscheidenden Stempel auf. Das Bewusstsein der Persönlichkeit umfasst somit alle diejenigen Eigenschaften, welche sich mit instinctartiger Gesetzmässigkeit aus dem socialen Medium ergeben, worin das Individuum aufgewachsen ist und gelebt hat. Es sind besonders die sogenannten Charaktereigenschaften, welche sich unter dem Drucke dieses Mediums in ganz bestimmter Weise entwickeln, ein je nachdem mehr brutales oder verfeinertes Gemüthsleben, die je nachdem überwiegend egoistische oder altruistische Richtung für künftige Handlungen. Diese Eigenschaften können sich in ausgeprägtem Maasse auch da entwickeln, wo das allermächtigste und ebenfalls halb instinctiv wirkende Erziehungsmittel des Menschen, die Lautsprache, nicht zur Anwendung gekommen ist, wie das Beispiel der Taubstummen beweist.

Der Besitz der Sprache selbst muss in gewissem Sinne dem Bewusstsein der Persönlichkeit zugeordnet werden, nämlich in so weit, als sie die Eigenheiten des Mediums widerspiegelt, worin der Mensch gelebt hat. Schon die Verschiedenheit der Sprache bei verschiedenen Völkern weist diesem Theil des geistigen Besitzes eine besondere Stellung zu, verschieden von derjenigen, die das überall annähernd gleiche Bewusstsein der Aussenwelt und der Körperlichkeit einnimmt. Innerhalb eines und desselben Volkes sind es Verschiedenheiten des Dialekts, die oft dem Menschen zeitlebens anhaften und das Medium verrathen, wo er gelebt hat. Die ganze Sprechweise eines Menschen, die nach dem Bildungsgange und der Höhe geistiger Entwickelung so durchaus verschieden ist, gehört als Theilerscheinung zum Bewusstsein der Persönlichkeit.

Mit der Sprache wird eben der ganze geistige Besitzstand des erwachsenen Menschen, und nicht nur des einzelnen, sondern der ungezählten Generationen, deren geistiges Erbe wir in der Sprache überkommen haben, in bestimmter logischer Ordnung und Gliederung auf das kindliche Gehirn übertragen, vergleichbar etwa der Fertigkeit auf einem nicht genug complicirt zu denkenden Virtuoseninstrument. Das geordnete logische Denken, alle feineren geistigen Operationen, sie haben ohne Zweifel ihre Hauptwurzel in der fertig überlieferten Kunst der Sprache. Es ist deshalb auch für die ganze Denkweise des Individuums entscheidend, welche Sprache es von den Eltern überkommen hat, ob eine rohe und dürftige, wie bei niedrig stehenden Menschen, oder eine verfeinerte und reiche hochgebildeter Eltern. Die veränderte Sprechweise bei Geisteskranken bedeutet eine Veränderung ihrer geistigen Persönlichkeit. Sehen wir von dem Erziehungsmittel der Sprache ab, so wird alles dasjenige, was sonst der Mensch durch Unterricht und Ueberlieferung lernt, die Summe des Wissens, die er sich aneignet, zum Bestandtheil seiner Persönlichkeit. Wenn wir von dem Gedächtniss eines Menschen sprechen, so verstehen wir darunter meist die Summe seines derartig erworbenen Wissens, wenigstens prüfen wir das Gedächtniss gewöhnlich in der Weise, dass wir nach diesen erworbenen Kenntnissen fragen, und die Fähigkeit sich ihrer zu erinnern nach dem Durchschnittsmaassstabe, den uns die Majorität normaler Individuen an die Hand giebt, beurtheilen. Die Summe dieser Kenntnisse oder des Wissens ist nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ je nach dem Entwickelungsgange des Individuums äusserst verschiedenartig. Die quantitative Verschiedenheit brauche ich Ihnen nicht näher zu erläutern. Qualitativ ist sie schon deshalb so gross, weil das Wissen der niederen Bildungsgrade zum grossen Theile in Reihenassociationen besteht, die des inneren Zusammenhanges entbehren, man denke an historische Daten, auswendig gelernte Sprüche und Lieder, die zehn Gebote, sogar das Einmaleins. Solange noch neue Kenntnisse erworben werden, findet eine Art Summirung dieses Besitzes an Wissen statt, der aber in so fern nicht ganz gleichwerthig ist, als besonders das kindliche Gehirn sich durch die Fähigkeit auszeichnet, das Erlernte festzuhalten, die frühzeitig erworbenen Kenntnisse auch am häufigsten durch den Gebrauch, der von ihnen gemacht wird, wieder aufgefrischt und dadurch im Gedächtniss gefestigt werden. Das Lesen und Schreiben gehört gewöhnlich zu den zeitig erworbenen Kenntnissen, ihnen liegt die zwar sehr feste, aber doch erst erworbene Association der Buchstabenbilder mit

der Lautsprache zu Grunde, eine Association, die bemerkenswerther Weise bei Heerderkrankungen des Gehirns öfter durchbrochen wird.

Zum Bewusstsein der Persönlichkeit gehört ebenso die Summe der Erlebnisse, die dem Individuum eigenthümlich sind. Das Individuum, das wir vor uns haben, repräsentirt immer die Gesammtsumme dieser sei es Kenntnisse sei es Erlebnisse, eine Summe, welche einen ganz bestimmten Werth nur in einem ganz bestimmten Zeitmomente hat, welche aber mit jeder Stunde, jedem Tage einen neuen Zuwachs erfährt. Der augenblickliche Zustand des Gehirns ist immer gewissermaassen die Schlussabrechnung aus allen seinen früheren Zuständen. Daher auch die Anforderung, die man an ein Individuum nach überstandener Geisteskrankheit machen muss, dass es zur Einsicht in die Krankhaftigkeit seines durchgemachten Zustandes gelangt sei; denn die Summe muss nothwendig falsch werden, wenn falsche Glieder darin enthalten sind.

Der Umfang der Interessen eines Menschen, seien sie nun egoistischer Natur oder an anderen Personen, Familie u. dgl. oder dem Beruf, der täglichen Arbeit haftend, gehört ebenfalls zum Bewusstsein der Persönlichkeit. Das Interesse an der Familie, an Freunden, überhaupt an anderen Personen mit Hintenansetzung der eigenen Persönlichkeit nimmt oft eine dominirende Stellung in dem Bewusstseinsinhalt des Individuums ein, man denke an die intimen Beziehungen zwischen Mutter und Kind, zwischen Mann und Frau bei der geschlechtlichen Liebe u. dgl. mehr. Die Bereitwilligkeit für Andere in den Tod zu gehen, ebenso wie die, für eine Idee, ein Princip, ein vorgestecktes Ziel zu sterben einerseits, die überwiegend egoistische Interessenwelt der Mehrzahl der Menschen andererseits zeigen uns die extremen Gegensätze und die unendlich grosse Mannigfaltigkeit der geistigen Persönlichkeiten, die alle noch dem Normalen angehören. Weitere Verschiedenheiten werden durch Erkrankungen hinzugefügt. Dies Alles erklärt die Schwierigkeit einen psychischen Status herzustellen, sei es an dem normalen sei es an dem geistig erkrankten Menschen, es erklärt deshalb auch die langsamen Fortschritte der klinischen Psychiatrie.

Das Bewusstsein der Persönlichkeit steht in einer gewissen, leicht ersichtlichen Abhängigkeit von dem Bewusstsein der Körperlichkeit und der Aussenwelt. Der Mensch mit scharfen Sinnen, mit rüstigem Körper wird sich auch in seiner geistigen Persönlichkeit anders entwickeln müssen, als der mit stumpfen Sinnen und schwächlichem Körper begabte. Die Charaktereigenschaften des Muthes oder der Feigheit, der Offenheit oder Verstecktheit, der Thatkraft

oder zagen Scheu zu handeln lassen sich oft auf derartige Grundlagen in dem Bewusstsein der Körperlichkeit und der Aussenwelt zurückführen. Die Möglichkeit der Anpassung an die Aussenwelt, welche Herbert Spencer für das Kennzeichen normaler Geistesbeschaffenheit erklärt, ist eben nach diesen Vorbedingungen verschieden. Es ist gestattet das gegenseitige Verhältniss in dem Satz auszudrücken: Das Bewusstsein der Persönlichkeit ist eine Function des Bewusstseins der Aussenwelt und der Körperlichkeit. Rechnet man aber die Eindrücke, welche dem socialen Medium entstammen, mit zum Bewusstsein der Aussenwelt, was seine Berechtigung hat, so leuchtet dieser Satz noch ganz besonders ein. Man wird es dann selbstverständlich finden, dass sich in gesitteten Verhältnissen eben solche Persönlichkeiten entwickeln werden, dass dagegen in Verbrecherfamilien antisociale Persönlichkeiten heranwachsen, und wird eine krankhafte Geistesbeschaffenheit nicht schlechtweg zur Erklärung der Verbrechernatur heranziehen, vielmehr nur dann von einer solchen reden können, wenn die geistige Persönlichkeit sich im Widerspruch zu dem äusseren Medium entwickelt hat, wie in Fällen sogenannter moral insanity. Jedenfalls ist das Bewusstsein der Persönlichkeit gegenüber dem Bewusstsein der Aussenwelt und der Körperlichkeit das bei Weitem complicirtere, weil auf solchen Associationsgängen beruhend, denen von vornherein eine gewisse individuelle Verschiedenheit anhaftet.

Die Stellung, welche das Individuum nach eigener Schätzung in der menschlichen Gesellschaft einzunehmen glaubt, ist von dem Bewusstsein der Persönlichkeit abhängig. Ist es erkrankt, so stossen wir auf die einschlägigen Symptome des Grössenwahns, Kleinheitswahns, Verfolgungs- und Beeinträchtigungswahns, des Beachtungswahns u. dgl. m. Mit diesen Krankheitserscheinungen werden wir uns später vielfach zu beschäftigen haben.

Welche räumliche Vorstellung können wir uns von dem Bewusstsein der Persönlichkeit machen? Oder sind wir hier bereits an der Grenze räumlicher Anschauung angelangt und stehen dem Unfassbaren gegenüber?

Offenbar ist das Bewusstsein der Körperlichkeit am meisten der Localisation zugänglich, weil es sich der Norm des Projectionssystems am engsten anschliesst. Das Bewusstsein der Aussenwelt gestattet ebenfalls noch eine Zerlegung je nach den Projectionsfeldern, in denen seine Componenten, die sinnlichen Erinnerungsbilder, aufbewahrt gedacht werden müssen. Bei dem Bewusstsein der Persönlichkeit kann von einer Localisation nach

der Norm des Projectionssystems nicht mehr die Rede sein. Bleibt es deshalb dem Princip der Localisation ganz und gar unzugänglich?

Dass das nicht der Fall ist, lehrt die klinische Erfahrung, da gewisse Geisteskrankheiten ausschliesslich das Bewusstsein der Persönlichkeit, andere fast ausschliesslich das Bewusstsein der Aussenwelt oder der Körperlichkeit in ihren Bereich ziehen, endlich wieder andere bestimmte Combinationen von Erkrankungen der Persönlichkeit mit solchen der Körperlichkeit oder Aussenwelt darstellen. Der Krankheitsprocess scheint sich dabei auf verschiedene Localitäten zu vertheilen. Die progressiv und perniciös verlaufende Geisteskrankheit *κατ᾽ ἐξοχήν*, die progressive Paralyse, ergreift nach einander das Bewusstsein der Persönlichkeit, der Aussenwelt und Körperlichkeit und scheint dabei ziemlich gesetzmässig mit einem Faserschwunde in der äussersten rein grauen Rindenschicht zu beginnen. Noch anderweitige klinische Erfahrungen liegen vor und deuten sogar auf eine weitergehende Localisation innerhalb des Bewusstseins der Persönlichkeit. Es kommt vor, dass im Gefolge schwerer Krankheiten, auch von Gehirnkrankheiten, ganze grosse Gebiete aus dem Bewusstsein der Persönlichkeit weggelöscht werden. Dabei stellt sich heraus, dass alle diejenigen Vorstellungen, die in einem jüngst vergangenen Zeitabschnitt erworben worden sind — einem Zeitabschnitt, der wenige Monate und Jahre aber auch ein halbes Leben umfassen kann, verloren gegangen sind. Fälle derart sind z. B. aus meiner Klinik von Dr. Freund unter dem Namen der generellen Gedächtnissschwäche veröffentlicht worden[1]). Die betroffenen Personen haben eine ziemlich genaue Erinnerung — etwa so genau, wie man ihnen normaler Weise zutrauen dürfte — von allen denjenigen Erlebnissen, die vor einen bestimmten Zeitabschnitt, z. B. das 30. Jahr, fallen, alles dasjenige was später vorgefallen ist, ist aus ihrem Gedächtniss entschwunden, oft ihre wichtigsten Erlebnisse, wie Verheirathung, Geburt von Kindern, Verlust des Vermögens u. dgl. mehr; aber auch die allgemein bekannten öffentlichen Ereignisse der Zeit, in dieser Zeit erworbene Fertigkeiten u. s. w. Der Verlust umfasst mit einem Worte alle diejenigen Glieder der Vorstellungskette, die sich dem Bewusstsein der Persönlichkeit von einem gewissen Zeitpunkt ab erst angegliedert haben. Consequenter Weise hält sich eine derartige Patientin, die eine alte Frau ist, noch für ein junges blühendes Mädchen und setzt sich

---

[1]) Arch. f. Psych. 20. Bd. S. 441.

dadurch zur Wirklichkeit in einen komischen Gegensatz. In geringerem Maasse ausgeprägt ist derselbe Gedächtnissmangel fast physiologischer Weise im hohen Greisenalter anzutreffen, wo bekanntlich die alten Erinnerungen mit aller Treue bewahrt sein können, während die täglichen Erlebnisse der letzten Tage, Wochen, Monate für das Gedächtniss oft vollkommen verloren gehen. Der Umstand, dass die Vorstellungen von einem bestimmten Zeitabschnitt ab und in Folge von grob materiellen Krankheiten verloren gehen, lässt die nächstliegende Deutung zu, dass der Ort dieser complicirten Erinnerungen in der Hirnrinde von der Zeit ihrer Erwerbung bestimmt wird, woraus wieder als gröbste aber auch nächstliegende Folgerung hervorgehen würde, dass eine Art schichtenweiser Ablagerung der Vorstellungen ähnlich den Sedimentbildungen der jüngsten Erdschichten im Gehirn stattfinde. Dem Bewusstsein der Persönlichkeit als der jüngsten Bildung möchte man geneigt sein, die der Projectionsfaserung abgekehrte äusserste Rindenschicht zuzuweisen. Ohne dass uns das Grobsinnliche dieser Anschauung zurückschreckt, sind es andere Erwägungen, die eine Verwerthung der vorerwähnten Erfahrungen für die Annahme einer schichtenweisen Localisation im Wege stehen. Es ist nämlich auch ein circumscripter Verlust von später erworbenen Erinnerungsbildern bei Heerderkrankungen des Gehirns hin und wieder zu beobachten. Es sind Fälle bekannt und genügend gewährleistet, wo nach einem Schlaganfall bei Menschen, die mehrerer Sprachen mächtig waren, diese Fertigkeit verloren ging bis auf den Gebrauch der Muttersprache. Erst jüngst ist noch ein derartiger Fall von Charcot veröffentlicht worden. Leider ist dabei der Unterscheidung zwischen Fertigkeit des Sprechens und des Verständnisses einer Sprache nicht genügend gedacht worden, so dass die Localisation des Functionsausfalles im strengsten Sinne nicht möglich ist. Aber so viel erhellt doch mit Sicherheit aus den berichteten Thatsachen, dass dieser Verlust jedem anderen Heerdsympton von Seiten des Gehirnes vollkommen analog zu setzen ist. Nehmen wir nun an, dass ein rein motorischer Defect hier in Frage käme, der nach allen unseren bisherigen Kenntnissen in die Broca'sche Windung zu verlegen wäre, so müsste unserer oben gemachten Annahme zufolge der Schlaganfall ganz bestimmte Schichten dieser Windung vollständig zerstört, dicht darüber oder darunter befindliche, der Fertigkeit in der Muttersprache dienende dagegen vollkommen unversehrt gelassen haben. Diese Annahme erscheint äusserst unwahrscheinlich. Dagegen hat folgende Vorstellung auch eine ganze Reihe anderer bekannter Thatsachen für

sich. Die Zellen und Fasern der Hirnrinde sind äusserst zarte Gebilde, die gewissermaassen immer in einem embryonalen Zustande verharren, solange sie nicht zu functioniren beginnen. Erst durch die Function erhalten sie eine gewisse Resistenz, und diese nimmt in dem Maasse zu, als die Function geübt wird. Diese Hypothese ist ganz analog derjenigen, die Cohnheim von den Muskeln ausgesprochen hat, dass sie nur wachsen und zunehmen können während ihrer Function. Nehmen wir nun an, in der Nähe eines Gehirnheerdes liege ein Centrum, wie das der Broca'schen Windung, worin neben Zellen und Fasern, die von Alters her functioniren und deshalb eine gewisse Resistenz besitzen, auch solche enthalten sind, deren Ernährung schon durch leichte Schädlichkeiten in Frage gestellt wird. Es erscheint dann durchaus plausibel, dass die Nebenwirkung der acuten Heerdkrankheit in der Nachbarschaft ausreicht, um die einen Elemente zu vernichten, während sie die anderen intact lässt. Diese Erwägung spricht auch für die gleiche Erklärung in den Fällen genereller Gedächtnissschwäche. Wie hier an einer circumscripten Stelle, so muss dort über den ganzen Hirnmantel verbreitet eine Schädlichkeit angenommen werden, welcher nur die resistenten Elemente widerstehen konnten, und es hat dann nichts Wunderbares, wenn der Grad dieser Resistenz eine Function der Zeit ist, mit anderen Worten nur diejenigen Erinnerungsbilder schwinden, die eine bestimmte kürzere Lebensdauer besassen.

Das Bewusstsein der Persönlichkeit schliesst eine bestimmte höchste Leistung des Gehirnes in sich, welche immer als das Räthsel aller Räthsel gegolten hat, die Erscheinung des Selbstbewusstseins. Bei dieser Erscheinung sieht es so aus, als ob dasselbe Organ, das Gehirn, welchem man wohl zutraut, dass es zu percipiren im Stande ist, zu gleicher Zeit das Percipirte wäre. Man findet es aber unmöglich, dass ein und dasselbe Wesen oder Ding, welches eine Wahrnehmung macht, zugleich der Gegenstand der Wahrnehmung sein könne. Man sieht schon aus dieser Gegenüberstellung, welche Unklarheit über das Wesen der hier in Frage kommenden Dinge unter den Philosophen herrscht, die dennoch meinen, sie müssten vor der Ueberschätzung der Tragweite bestimmter anatomisch physiologischer Anschauungen auf diesem Gebiete warnen. Erinnert man sich nämlich, dass das Bewusstsein der Persönlichkeit als eine Summe gedacht werden kann, deren Werth eine Function der Zeit ist, dass also das wahrnehmende Individuum in dem Augenblicke der Wahrnehmung eine bestimmte geistige Persönlichkeit ist, die sich von der im Augenblicke vorher durch einen merklichen Werth

unterscheidet, so kann es nicht auffallen, dass dieser letzte Werth ausser den Dingen der sinnlichen Wahrnehmung auch die um Zeittheile zurückliegenden Werthe jener Summe wahrzunehmen im Stande ist. Mit anderen Worten die geistige Persönlichkeit nimmt nicht sich selber wahr, sondern diejenige Persönlichkeit, die sie vor wenigen Augenblicken, vor Stunden, Tagen oder Jahren gewesen ist, und es beruht nur auf einer Selbsttäuschung, wenn man glaubt genau derselbe geblieben zu sein.

Achte Vorlesung.

Die Bewusstseinsthätigkeit abhängig von dem Bewusstseinsinhalt. Präformirte Ordnung der Gedankenverbindungen. Bewusstseinsenge. Grade des Bewusstseins, Aufmerksamkeit und Wille. Merkfähigkeit. Affecte. Normalwerthigkeit der Vorstellungen.

Meine Herren!

Werfen Sie einen Blick zurück auf den Weg, den wir gegangen sind. Das Organ des Bewusstseins zeigt sich uns jetzt bevölkert mit einer Summe von potentiellen Energien, den Erinnerungsbildern und ihren verschiedenartigen Gruppirungen, von den einfachsten bis hinauf zu den complexen Grössen, für die der Name Erinnerungen geeigneter erschien. Für diesen Inhalt des Bewusstseins hatte sich die natürliche Eintheilung in die drei Gebiete der Aussenwelt, Körperlichkeit und Persönlichkeit ergeben, eine Eintheilung, die, wie wir später sehen werden, auch durch das praktische Bedürfniss der Krankenbeobachtung gefordert wird. Sie bemerken aber, dass Sie in diesem gleichsam ruhenden Bewusstsein eine unbelebte Maschine vor sich haben. Es wird nunmehr unsere Aufgabe sein, die Thätigkeit, welche sich in dem so beschaffenen Organ des Bewusstseins abspielt, näher ins Auge zu fassen. Wir müssen aber festhalten, dass dieses Organ ausschliesslich aus Nervenfasern und Ganglienzellen zusammengesetzt ist, dass wir also von ihm nicht mehr verlangen können, als den Ablauf gewisser Erregungsvorgänge, und bei Krankheiten desselben eine krankhafte Veränderung in diesen Erregungsvorgängen. Auch was wir bisher betrachtet hatten, hatte keine andere Voraussetzung, denn der Inhalt des Bewusstseins, die Summe aller erworbenen Vorstellungen hatte für uns keine andere Bedeutung, als die einer dauernden molecularen Veränderung in bestimmt angeordneten Faser- und Zellenmassen in Folge stattgehabter Erregungs-

vorgänge. Die Fähigkeit nervöser Elemente, von stattgehabten Reizen dauernde Veränderungen davonzutragen, nannten wir das Gedächtniss derselben, eine Erscheinung, die nicht ohne Analogie in der unbelebten Natur dasteht, da das Eisen magnetisch werden kann. Wir haben es also mit jeweiligen Erregungsvorgängen in einem complicirten Organ zu thun, welches bei seiner Thätigkeit von den Erregungsvorgängen, die früher in ihm stattgefunden haben, in bestimmter Abhängigkeit steht, und haben zunächst zu untersuchen, in welcher Weise sich diese Abhängigkeit äussert.

Richten wir eine Frage aus einem bestimmten Wissensgebiet an einen darin nicht unterrichteten Menschen, so kann schon der Sinn der Frage unverstanden bleiben. Kein Mensch wird sich darüber wundern, und doch beweist dies Beispiel den fundamentalen Satz, dass jeder neue Besitz von Vorstellungen, hier das Verständniss der Frage, nur erworben werden kann unter der Voraussetzung einer bestimmten Beschaffenheit des schon vorhandenen Besitzes. Bezeichnen wir die im Bewusstsein zur Zeit sich abspielenden Vorgänge als Gedankenthätigkeit, die durch die Frage angeregte Vorstellung als Ausgangsvorstellung, und das Ergebniss der Gedankenthätigkeit, welches in der Antwort enthalten ist als Zielvorstellung, so unterbleibt in dem vorliegenden Beispiel die Gedankenthätigkeit, weil die entsprechende Ausgangsvorstellung nicht im Besitz des Individuums war. Halten wir daran fest, dass die Gedankenthätigkeit in der Regel an einen äusseren Reiz, irgend eine Sinneswahrnehmung anschliesst, so erscheint sie ganz allgemein davon abhängig, dass die Sinneswahrnehmung verstanden wird. Eine Sinneswahrnehmung, die noch nie vorher aufgetreten ist, hat eben deshalb auch nicht den sonst gewohnten Ablauf einer bestimmten Gedankenthätigkeit zur Folge; sie bleibt aber nicht nur unverstanden, sondern wird auch sehr ungenau wahrgenommen, wie sich Jeder überzeugen kann, der auf die Laute einer fremden Sprache achtet. Also selbst die Wahrnehmung setzt, wenn sie genau sein soll, schon einen bestimmten geistigen Besitz voraus. Ganz ähnlich wie mit diesen einfachsten Beispielen von Gedankenthätigkeit verhält es sich mit den complicirteren Denkprocessen, bei denen die Ausgangsvorstellung oft eine recht gleichgültige Sinneswahrnehmung ist und deshalb unserer Beachtung entgehen kann. Auch diese complicirteren Denkprocesse vollziehen sich meist in vorgeschriebenen Bahnen, woher die verhältnissmässige Seltenheit wirklich neuer Gedankenergebnisse. Ueberall zeigt sich die Gedankenthätigkeit abhängig von einem alt erworbenen und in bestimmter Weise geordneten Besitz von Vor-

stellungen, mit anderen Worten, sie bedeutet meist nur eine Wiederholung derselben Erregungsvorgänge in derselben Ordnung, wie sie schon früher wiederholt stattgefunden haben.

Worauf beruht nun diese in den Vorstellungen herrschende Ordnung, die sich bei der normalen Gedankenthätigkeit geltend macht? Wie Ihnen erinnerlich, nannten wir die Verknüpfung der Vorstellungen Association, die in den Vorstellungen herrschende Ordnung lässt uns also auf den Besitz ganz bestimmter Associationen, welche für alle Individuen annähernd gleich sind, schliessen. Unsere Frage kann daher auch so gestellt werden: Auf welche Weise bilden sich diese allgemein gültigen Associationen? Zum Theil kann ich hier an schon früher Gesagtes und Ihnen Bekanntes anknüpfen. Bei Besprechung des Bewusstseins der Aussenwelt habe ich schon darauf aufmerksam gemacht, dass sich die natürliche Ordnung und Aufeinanderfolge der Dinge in unserem Gehirn gewissermaassen widerspiegele, und dass dadurch eine gesetzmässsige Verknüpfung bestimmter Erscheinungen untereinander, wie sie die Aussenwelt uns liefert, auch in unserem Bewusstsein hergestellt werde. Zu den Eigenschaften der Dinge, die wir damals als ziemlich constant und wenig veränderlich kennen gelernt haben, gehören auch ihre Beziehungen zu anderen Dingen, sei es leblosen, sei es belebten, und namentlich zu unserer Person. Dass aus Wasser Eis wird, wenn es abgekühlt, und Wasserdampf, wenn es erhitzt wird, ist eine Erfahrung, welche wir wegen ihrer steten Wiederkehr für gesetzmässig halten. In unserem Gehirn spiegelt sie sich dadurch wider, dass eine Association zwischen den Vorstellungen Wasser, Eis, Wasserdampf, kalt und warm in einer ganz bestimmten Ordnung zu Stande kommt. Die Kälteempfindung der Haut kann dann durch Association die Vorstellung wecken, dass das Wasser friert. Etwas complicirter ist schon die Association, wenn die Beobachtung des Thermometers zu demselben Schluss führt. Hier ist eine optische Wahrnehmung die Ausgangsvorstellung und die Association mit den anderen Vorstellungen erst erlernt. Wenn die einfachsten Naturerscheinungen in ihrer gesetzmässigen Ordnung sich gleichsam von selber aufdrängen, so gilt dasselbe von den complicirteren Vorstellungsverbindungen, die wir durch das Beispiel unserer Umgebung erlernen. Der angeborene Trieb zur Nachahmung ist das Analogon des Zwanges, mit dem die Naturerscheinungen sich unserem Gehirn aufdrängen. Von früh an werden wir daran gewöhnt, uns in der gleichen Lage immer so zu benehmen, wie es die Anderen thun, so lernt auch der Mensch von gröbsten Sinnen durch das Beispiel Anderer, dass man Feldfrüchte ausgräbt,

kocht und damit den Hunger stillt, selbst dazu genügt das einfache Beispiel, dass er die Feldfrüchte pflanzt, um später damit den Hunger zu stillen, wobei das Pflanzen der Feldfrüchte selbst als Zielvorstellung eine sehr complicirte Action darstellt, welche durch die Ausgangsvorstellung des Hungers nach Zwischenschaltung von einer ganzen Reihe von Associationen schliesslich hervorgerufen wird. In einfachsten Verhältnissen regelt sich alles Thun und Lassen durch derartige Beispiele von Seiten der Umgebung. Das Medium, in welchem der Mensch aufwächst oder worin er lebt, reicht somit hin, um das Bewusstsein mit einer grossen Reihe von Vorstellungen in ganz bestimmter Ordnung zu erfüllen, und je eintöniger das Leben dahinfliesst, desto fester und unabänderlicher setzt sich diese Ordnung der Vorstellungen fest, ungestört durch die Mannigfaltigkeit complicirterer Lebensbedingungen. Das Heerdenbewusstsein, dass man sich zu benehmen habe wie alle Anderen, bleibt oft da noch wirksam, wo die Gedankenthätigkeit in Folge von Geisteskrankheit ganz verkehrt ist: dem Beispiel der Mitkranken fügt sich oft der sonst unzugängliche und immer widerstrebende Geisteskranke. Die ganze Anstaltsbehandlung der Geisteskranken steht auf diesem Fundament. Wie tief uns andererseits das Heerdenbewusstsein im Blute steckt, kann man an sich erfahren, wenn man an einer Volksversammlung, an irgend einer Massendemonstration mit der Absicht, passiv zu bleiben, theilnimmt, und dennoch in dieselben Gefühle, die die Masse beseelen, mit hineingerissen wird. Die Belehrung durch das Beispiel ist auch bei dem Taubstummen, der ohne Unterricht geblieben ist, wirksam. Wenn er keine weiteren Defecte hat, so werden aus solchen Menschen oft brauchbare Mitglieder der Gesellschaft innerhalb eines bestimmten engen Lebenskreises.

Das Hauptmittel zur Erwerbung einer bestimmten Ordnung in den Vorstellungen bildet jedoch die articulirte Sprache. Durch sie wird mit Leichtigkeit alle feinere und genauere Beziehung nicht nur zwischen den Begriffen concreter Gegenstände, sondern auch zwischen diesen und den Ereignissen oder Handlungen hergestellt, die letzteren zeitlich geordnet, und durch feine Nuancen die Stellung der handelnden Persönlichkeit gekennzeichnet. Für bestimmte complicirte Associationen, die abstracten Begriffe, die uns zum Theil erst durch die Sprache bekannt werden, giebt sie uns abkürzende Bezeichnungen an die Hand, so dass wir lernen mit ganzen Vorstellungsreihen zu operiren, und mit eben solchen Abkürzungen bezeichnet sie bestimmte Zustände der Persönlichkeit, die jeder Mensch

empirisch kennen lernt, wie Liebe, Hass, Furcht, Angst, Hoffnung, Sorge u. dgl. mehr. In solchen Ausdrücken stehen uns hier ganze Reihen von Erlebnissen in einer Art von Zusammenfassung, die dem Begriff concreter Gegenstände vergleichbar ist, zu Gebote. Der Satzbau der Sprache, die logische Gliederung in demselben führt allmählich dazu, dass das Denken überhaupt nach der Richtschnur, die darin gegeben ist, geschieht. Wenigstens unterscheidet sich darin wohl hauptsächlich die gebildete Persönlichkeit von der ungebildeten, dass die erstere jeder logischen Nuance des Ausdrucks zu folgen im Stande ist.

Das was ich eben sagte, bedarf wohl noch einer Erläuterung; denn Sie könnten leicht meinen, dass ich Sprache und Gedankenthätigkeit überhaupt identificiren wollte. Davon bin ich jedoch weit entfernt, vielmehr möchte ich nur darauf aufmerksam machen, dass zum Verständniss der Sprache nicht nur der Besitz der gleichen Sprache, in welcher gesprochen wird, sondern sogar der Besitz der gleichen Vorstellungen, wie sie der Sprechende hat, die unerlässliche Voraussetzung ist. Wir nehmen also eine gewisse Uniformität auch der geistigen Persönlichkeiten an, während wir bisher die individuellen Unterschiede derselben in den Vordergrund gestellt haben. Und es lässt sich nicht verkennen, dass der überlieferte Besitzstand, welchen wir durch Satzbau und die Bezeichnungen für abstracte Begriffe in der Sprache erhalten haben, hauptsächlich daran Schuld ist. Bei aller Verschiedenheit des socialen Mediums bedingt doch die Zeitepoche, in der wir leben, für alle vollsinnigen Individuen einen ganz bestimmten Besitz identischer Gedankenverbindungen, es muss daher auch in dieser Hinsicht vor einer Ueberschätzung der Verschiedenheit der Individuen gewarnt werden. Für die Psychiatrie liegt hierin unbedingt ein günstiger Umstand, welcher die klinische Beobachtung erleichtert.

Es wurde hier im Vorübergehen die Frage gestreift, ob etwa die Gedankenthätigkeit überhaupt in Worten abläuft, und in wie weit sie davon abhängig ist. Namhafte Gelehrte haben sich für eine derartige Abhängigkeit ausgesprochen und gerade die abstracten Begriffe als Beweis dafür angeführt, dass ein geordnetes Denken die in der Sprache enthaltenen Abkürzungen nicht entbehren könne. Aber gerade diese Abstracta sind zum grossen Theil weiter nichts als Verständigungsmittel, und mir scheint es undenkbar, dass Jemand, der von den aphasischen Zuständen die jetzt herrschende Vorstellung hat, auf den Gedanken gerathen könnte, ein Mensch mit totaler Aphasie habe den Begriff von Glaube Liebe Hoffnung, von Furcht

Angst Hass Kummer Sorge u. dgl. mehr, oder von Staat, Gesellschaft, Religion, Zeit und Raum verloren. Das Verhalten der betreffenden Kranken lässt jedenfalls nicht darauf schliessen. Das Wort mag noch so sehr mit ganzen Reihen von Vorstellungen associirt sein, das Maassgebende ist dennoch nicht die Association mit dem Worte, sondern die Association dieser Vorstellungsreihen unter einander, mag sie auch erst durch das Wort erworben worden sein. Die Sprache ist nur das Abrichtungsmittel, der Zuchtmeister, mittels dessen die Vorstellungen ein für allemal in Reih und Glied geordnet werden.

Was wir oben als Gedankenthätigkeit bezeichnet haben, deckt sich wohl mit dem Vorgange, den Fechner als psychophysische Bewegung bezeichnet hat. Diese psychophysische Bewegung ist schon von Fechner dem Ablauf einer Erregungswelle verglichen worden, welche wir uns als zwischen Ausgangsvorstellung und Zielvorstellung verlaufend zu denken haben. Es ist augenscheinlich, dass wir damit die Anschauung, welche wir uns von dem Ablauf des Erregungsvorganges in einer bestimmten Nervenstrecke machen, übertragen auf ein ganzes System von unter einander zusammenhängenden Fasern und Ganglienzellen, und zwar so zusammenhängenden, wie es die mannigfaltigen früher erworbenen Associationen bedingen. Der Fehler ist derselbe, wie wenn wir die Bewegung eines Rades mit der einer ganzen complicirten Maschine vergleichen, doch handelt es sich in beiden Fällen immerhin um gleichartige Bewegungsvorgänge. Denken wir uns zur Veranschaulichung die Curve dieses Erregungsvorganges in ein rechtwinkliges Ordinatensystem eingezeichnet, so ist die Form der Curve für uns von Interesse. Als Abscissenaxe haben wir uns das räumlich ausgedehnte Bewusstsein der Körperlichkeit zu denken. Ueber dieses muss die Curve als flache Erhebung sich in seiner ganzen Ausdehnung erstrecken, denn das Bewusstsein unserer Körperlichkeit begleitet uns im wachen Zustande fortwährend, wenn auch nur in einem mässigen Grade der Erregung. Fügen wir uns dem Sprachgebrauch, wonach unter Bewusstsein nicht nur der Inhalt des Bewusstseins, sondern auch dessen Thätigkeit, oder der in ihm sich abspielende Erregungsvorgang verstanden wird, so müssen wir Grade des Bewusstseins in diesem Sinne unterscheiden. Der Grad des Bewusstseins wird in der Curve durch die Ordinatenhöhe ausgedrückt, während der Umfang des Bewusstseins der Abscissenlänge entspricht. Es ist ein Bewusstsein niederen Grades, welches wir fortwährend von unserer Körperlichkeit haben, dass es aber im wachen Zustande nie verloren gehen kann, folgt daraus, dass fortwährend Reize der Aussen-

welt auf unseren Körper einwirken, und der Begriff des Körpers als eine so feste Einheit zu denken ist, dass er immer als Ganzes erregt wird. Aus dieser gleichmässigen Erhebung erhebt sich irgend wo ein ziemlich steiler Wellengipfel, den Ort des augenblicklich höchsten Erregungszustandes bezeichnend. Es ist eine Einrichtung des menschlichen Gehirns, dass nur ein solcher Wellengipfel zur selben Zeit vorkommen kann. Der Wellengipfel bezeichnet den höchsten Grad des Bewusstseins, die grösste Intensität des Erregungsvorganges, und diese ist erfahrungsgemäss in der Zeiteinheit immer nur einmal vorhanden. Es war also ganz zutreffend, wenn wir uns die Erregungswelle bei der psychophysischen Bewegung als wandernd vorstellten, und zwar ist es der Wellengipfel, die zweite Erhebung, welche wesentlich ihren Ort verändert, während die erste Stufe der Erhebung ihre Gesammtausdehnung beibehält.

Die Erfahrung, dass immer nur ein Wellengipfel an jener Curve vorhanden ist, hat man unter dem Namen der Einheit oder Enge des Bewusstseins verstanden. Man ist weder im Stande zwei Dinge zu gleicher Zeit zu denken, noch zu thun, noch wahrzunehmen. Der Astronom, welcher mit dem Pendelschlage die Zeit bestimmt, wenn der Stern das Fadenkreuz des Teleskops passirt, sieht entweder erst den Stern und hört dann den Pendelschlag, oder er hört erst den Pendelschlag und sieht dann den Stern, und zwischen beiden Momenten vergeht eine messbare Zeit, die für die verschiedenen Beobachter verschieden, bei jedem jedoch gleich ist und als astronomische oder persönliche Gleichung mit in Rechnung gezogen wird, wenn die Resultate verschiedener Beobachter unter einander verglichen werden. In diesem Beispiel muss der Wellengipfel zwischen der centralen Projection der optischen und der akustischen Wahrnehmung wandernd gedacht werden. Die Thatsache der Bewusstseinseinheit oder Bewusstseinsenge führt auf die Vermuthung, dass der Rauminhalt der Curve, wenn er sich berechnen liesse, stets der gleiche bleibt, mit anderen Worten, dass immer nur ein bestimmter Vorrath an lebendiger Kraft für den Ablauf der psychophysischen Bewegung im Gehirn vorhanden ist. Fechner hat diesen Satz durch folgendes Beispiel illustrirt: Der Müller, welcher gewohnt ist beim Klappern der Mühle zu schlafen, erwacht bekanntlich, sobald die Mühle steht. Es muss angenommen werden, dass die Gehörswahrnehmung des Mühlenganges beim Schläfer eine psychophysische Bewegung im akustischen Projectionsfelde unterhalten hat, welche nun plötzlich schwindet; dadurch erfährt die psychophysische Bewegung an irgend einer anderen Stelle des Gehirns einen solchen Zuwachs,

dass der Bewusstseinsgrad des wachen Zustandes erreicht wird. Aehnliche Beispiele lassen sich in ziemlicher Zahl anführen. Aus ihnen lässt sich der weitere Schluss ziehen, dass der Rauminhalt der Curve auch im Schlafe der gleiche bleibt, aber die Form der Curve sich von der des Wachen dadurch unterscheidet, dass der oben geschilderte charakteristische Wellengipfel nicht so ausgesprochen ist. Fechner hatte dagegen die Vermuthung ausgesprochen, dass Schlaf und Wachen sich dadurch unterschiede, dass der Ort der psychophysischen Bewegung ein verschiedener wäre, was in so fern richtig ist, als man der Form der Curve einen Einfluss auf den Ort zugestehen wird.

Wenn der Wellengipfel den Ort der intensivsten Gedankenthätigkeit bezeichnet, so wird man sich die nächst associirten Vorstellungen in dem aufsteigenden und absteigenden Schenkel der Curve enthalten vorstellen müssen, daher die Continuität des Gedankenablaufes zwischen Ausgangsvorstellung und Zielvorstellung.

Für die Wanderung des Wellengipfels haben wir im Sprachgebrauch verschiedene Bezeichnungen, wir sprechen von Aufmerksamkeit, wenn es sich um den Act der Wahrnehmung oder des Denkens handelt, von Wille, wenn Handlungen oder ein Associationsvorgang, der sie vorbereitet, in Frage kommen. Fassen wir ein bestimmtes Beispiel ins Auge, z. B. die Betrachtung eines Kunstwerkes. Die Aufmerksamkeit ist dann längere Zeit einer optischen Wahrnehmung zugewandt, der Wellengipfel muss demnach in dem centralen Projectionsfelde des Opticus liegen. Unter dem Einfluss dieses Wellengipfels werden alle associirten Vorstellungen nach einander ins Bewusstsein gerufen, dies ist ja der Zweck der Betrachtung. Die auf einen Gegenstand gerichtete Aufmerksamkeit entspricht also einer Gedankenthätigkeit, wobei ganz ohne unser Zuthun eine grosse Zahl von präformirten Associationsvorgängen „über die Schwelle des Bewusstseins“ gehoben wird. Da wir diese Thatsache immer wieder an uns erfahren, so glauben wir unsere Aufmerksamkeit willkürlich lenken zu können, eine Selbsttäuschung, die der des Selbstbewusstseins analog ist. Je intensiver die Aufmerksamkeit des Beschauers dem Bildwerk zugewendet ist, desto mehr treten Bewusstsein der Aussenwelt und der Körperlichkeit sowie der übrigen Persönlichkeit zurück. In die Beschauung versunken kann man vergessen, wo man ist und wer man ist, das Bewusstsein der Körperlichkeit aber zeigt sich dadurch erhalten, dass man unwillkürlich seinen Standpunkt ändert, ausweicht, Abwehrbewegungen macht u. dgl. mehr je nach der Situation. Der domi-

nirende Wellengipfel schneidet gewissermaassen aus dem Bewusstsein der Körperlichkeit auch noch ein Stück heraus, in welchem optische Organgefühle von besonderer Intensität bestehen müssen, in jeder weiteren Beziehung ist der Vorgang der Localisation unzugänglich. Während soeben die Aufmerksamkeit einem bestimmten Stück der Aussenwelt zugewendet war, wird sie sofort abgelenkt und der eigenen Körperlichkeit zugewendet, wenn ein Schmerz oder eine unangenehme Empfindung an irgend einem Körpertheile auftritt. Ist dieselbe sehr intensiv, etwa ein heftiger Zahnschmerz, so zeigt sich sofort unsere Ohnmacht, die Aufmerksamkeit nach unseren Sinnen zu lenken. Das Kunstwerk, welches zur Sinneswahrnehmung Anlass gab, ist noch vorhanden, die Associationsvorgänge liegen ebenso aufgespeichert, wie kurz vorher, aber sie erweisen sich als unerregbar, weil der Wellengipfel dem Bewusstsein der Körperlichkeit und zwar einem bestimmten Bezirke desselben zugehört. Ein sehr intensiver Schmerz macht denkunfähig, was auch die Anhänger der Stoa von jeher dagegen eingewandt haben. Der Schmerz kann ertragen, aber gewiss nicht willkürlich die Aufmerksamkeit auf einen anderen beliebigen Gegenstand gelenkt werden. Abgesehen von der Stärke des Reizes, der irgend ein Körperorgan getroffen hat, kommt es auch hier auf die Associationen an, welche mehr oder weniger zufällig dem momentanen Unbehagen eine grosse Bedeutung verleihen können: die geringste Heiserkeit nimmt die Aufmerksamkeit des Sängers, der kleinste Schaden am Fusse die des Touristen vollständig in Anspruch. Der sogenannte Schwellenwerth der Empfindungen hängt bei allen Sinnen von dem Vorhandensein der allgemeinen Aufmerksamkeit ab. Der Umstand, dass er eine bestimmte nur wenig unterschiedene Grösse bei allen Menschen zeigt, lässt darauf schliessen, dass auch die Aufmerksamkeit oder mit anderen Worten die Ordinatenhöhe des Wellengipfels bei allen normalen Menschen ungefähr gleich ist. Der Schwellenwerth kann auch ein extensiver sein, wie bei der Ausmessung des Gesichtsfeldes, und gewisse concentrische Einengungen des Gesichtsfeldes, zum klinischen Bilde der Anaesthesia retinae gehörig, weisen auf nichts Anderes hin, als eine Herabsetzung der Aufmerksamkeit. Bei den Neurosen nach Kopfverletzungen, Eisenbahnunfällen u. dgl. mehr spielen diese Abnahmen der Aufmerksamkeit eine grosse Rolle, und nicht minder bei den Geisteskranken.

Meine Herren, Sie ersehen aus diesen Bemerkungen, dass wir in der Bestimmung des Schwellenwerthes der Empfindungen ein Mittel besitzen, um die Aufmerksamkeit zu messen, d. h. die Ordinatenhöhe des Erregungsvorganges, welche für das der Untersuchung

unterworfene Bewusstseinsorgan überhaupt erreichbar ist. Schon bei der Untersuchung von Nervenkranken ist dieser Umstand zu berücksichtigen und das Verfahren so einzurichten, dass die Kranken dazu angespornt werden, ihre Aufmerksamkeit im Augenblick der Untersuchung dem Orte und der Art der Untersuchung zuzuwenden. Sie erinnern sich, dass ich Ihnen früher eine Kranke vorgestellt habe, bei der es ganz in meinem Belieben lag, entweder eine totale Anaesthesie der Haut gegen Berührungen oder normale Berührungsempfindlichkeit zu demonstriren, je nach der Art und Weise des angewandten Untersuchungsverfahrens. Halten wir daran fest, dass eine Herabsetzung dieser Schwellenwerthe unter Umständen eine Herabsetzung des Bewusstseinsgrades bedeutet.

Die Fähigkeit zu normaler Aufmerksamkeit bildet auch die Voraussetzung für die Erwerbung neuer Erinnerungsbilder und Vorstellungen. Wir wollen diese Eigenschaft des Bewusstseinsorganes künftighin als Merkfähigkeit bezeichnen und verstehen darunter etwas, was in dem Gedächtniss des gewöhnlichen Sprachgebrauches mit enthalten ist. Um naheliegende Missverständnisse in dieser Beziehung zu vermeiden, schlage ich Ihnen vor, künftighin von Gedächtniss nur in dem Sinne zu sprechen, dass es den alt erworbenen Besitzstand an Vorstellungen bedeutet, während wir unter Merkfähigkeit die Fähigkeit verstehen, „sich etwas im Gedächtniss einzuprägen“. Diese Fähigkeit können wir dadurch prüfen, dass wir den Kranken die Aufgabe stellen, sich eine mehrstellige Zahl, ein fremdklingendes Wort u. dgl. mehr zu behalten. Wenn sie verloren oder herabgesetzt ist, so kann dies unter Umständen auf einer Herabsetzung der Aufmerksamkeit beruhen. Sie werden aber späterhin auch Krankheitsfälle kennen lernen, in denen die Aufmerksamkeit gut erhalten, die Merkfähigkeit aber sehr stark herabgesetzt ist. Wir werden deshalb in der Merkfähigkeit ein Prüfungsmittel für die Thätigkeit des Bewusstseinsorgans erblicken, welches auf einer selbstständigen und nur bedingungsweise von der Aufmerksamkeit abhängenden Eigenschaft der in Betracht kommenden nervösen Elemente beruht.

Ein ähnliches Verhältniss wie zwischen Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit treffen wir zwischen der Merkfähigkeit und der Fähigkeit der Rückerinnerung an. Schon die oben erwähnte Prüfung der Merkfähigkeit enthüllte uns die Thatsache, dass unter Umständen Erinnerungsdefecte beobachtet werden. Bei der oben erwähnten Prüfung bestanden sie nur in dem Vergessen einer bestimmten dem Kranken gestellten Aufgabe. Aus meiner letzten Vorlesung werden Sie aber entnommen haben, dass derartige Erinnerungsdefecte sich

oft auf ganze grosse Zeiträume erstrecken, so dass alle innerhalb derselben erfahrenen Eindrücke, gemachten Erlebnisse, gewonnenen Einsichten und Kenntnisse aus dem Gedächtniss wie weggewischt erscheinen. Besonders häufig begegnen wir der gleichen Erscheinung bei Geisteskranken oder nach Ablauf der Geisteskrankheit für die gesammte Zeit oder bestimmte Abschnitte ihrer Geisteskrankheit. War es nicht versäumt worden, die Merkfähigkeit dieser Kranken zu prüfen, und hatte sich diese verloren oder herabgesetzt gezeigt, so erscheint der Erinnerungsdefect als leicht verständliche Folge der Herabsetzung der Merkfähigkeit zu der Zeit, in der die Erinnerungen hätten erworben werden müssen. Uebrigens ist auch hier der Rückschluss, dass ein Erinnerungsdefect immer auf einem Verlust der Merkfähigkeit in einem gegebenen Zeitraum beruhe, nicht berechtigt. Es giebt unzweifelhaft auch Erinnerungsdefecte anderer Entstehung. Ich erinnere Sie an die merkwürdigen Fälle von sogenannter Amnésie rétroactive, in denen ein Schädeltrauma, ein epileptischer oder Schlaganfall die Folge hatte, nicht nur für die darauf folgende Zeit, sondern auch für die Erlebnisse kurz vor dem Anfall, also die Zeit voller geistiger Klarheit und Gesundheit die Rückerinnerung vollkommen auszulöschen. Auch die oben angezogenen Fälle von genereller Gedächtnissschwäche lassen eine solche retroactive Wirkung der Krankheit, welche ihre Entstehung bedingt, erkennen. Späterhin aber zeigt sich bei ihnen auch die Merkfähigkeit dauernd sehr stark herabgesetzt.

Die gradweisen Abstufungen des Bewusstseins bis zur Bewusstlosigkeit pflegt man sonst als Zustände des Sensoriums mit den Unterabtheilungen der Benommenheit, der Somnolenz und des Coma zu unterscheiden. Doch entspricht es nicht dem Sprachgebrauch, bei Herabsetzungen der Bewusstseinsthätigkeit so geringen Grades, dass ihr Nachweis erst durch die besondere darauf gerichtete Untersuchung gelingt, etwa schon von Benommenheit zu reden. Bei den Geisteskranken werden wir nur ausnahmsweise auf eine merkliche Benommenheit, dagegen auf eine Herabsetzung der Aufmerksamkeit und der Merkfähigkeit häufig treffen.

Meine Herren! Wir kommen nunmehr zu einer Reihe von Erscheinungen, welche ich bisher absichtlich noch gar nicht berührt habe, die aber auf den Ablauf der Gedankenthätigkeit sehr oft einen bestimmenden, ebenso oft einen störenden und hemmenden Einfluss ausüben. Dies sind die Gemüthsbewegungen oder Affecte. Eine Definition der Gemüthsbewegungen zu geben, ist man so wenig im Stande, wie etwa für den Schmerz; beide sind Thatsachen der

inneren Erfahrung, deren Identität wir bei allen Menschen voraussetzen, weil die sprachlichen Aeusserungen und das Verhalten der Menschen darauf schliessen lassen. Wir wissen, dass der Schmerz einen Gegensatz hat, das Lustgefühl. Wir wissen auch, dass Schmerz unter gewissen Bedingungen entsteht, die sich in allgemeiner Weise dahin bestimmen lassen, dass solche Erregungen den Schmerz hervorrufen, welche für die nutzbringende Leistung des Nerven, die Leitung von Sinneseindrücken, zu stark sind und den Nerven beschädigen. Wir wissen ferner, dass Schmerz dann entsteht, wenn die isolirte Leitung durchbrochen und die graue Substanz des Rückenmarkes in Anspruch genommen wird. Der Schmerz ist eine Affection dieser grauen Substanz und scheint ohne dieselbe nicht zu Stande zu kommen. Mit allem dem ist eine Definition des Schmerzes nicht gegeben, wohl aber geht daraus hervor, dass der Schmerz eine zweckmässige Einrichtung ist, eine Eigenschaft, die man schon dem niedrigst entwickelten Nervensystem nicht nur der Wirbelthiere zuschreiben muss, und als eine Art Alarmsignal den Geschöpfen mitgegeben, um die Vermeidung solcher Schädlichkeiten zu bewirken, durch welche die Structur des Nervensystems Schaden erleiden würde. Das Entgegengesetzte, nämlich eine dem Individuum förderliche Nervenerregung, scheint für die einfachen Lustgefühle wie die des Kitzels, der Wollust u. dgl. zu gelten. Dieselbe Bedeutung, die innerhalb der spinalen Organisation dem Schmerz- und Lustgefühl beiwohnt, scheinen die Affecte für das Organ des Bewusstseins zu haben, nur dass wir hier sicher nicht die graue Substanz als ausschliessliche Trägerin des Phänomens angeben können. Was dem Bewusstsein der Persönlichkeit, dem Ich, zuträglich ist, ruft eine angenehme, was ihm schädlich ist, eine unangenehme Gemüthsbewegung hervor. Je nach dem Grade dieser Gemüthsbewegung sprechen wir von Affect oder Stimmung. Auch hier also handelt es sich um eine Schutz- oder Abwehrvorrichtung, welche das Gehirn im Laufe seiner Entwickelung erworben haben mag. Normaler Weise werden alle complicirteren Associationsvorgänge, die Gedankenthätigkeit, wie wir sie nannten, von einem mässigen Affect begleitet, eine Art von angenehmer Selbstempfindung (siehe oben), welche Griesinger mit dem Namen des psychischen Tonus treffend bezeichnet hat. Diese gleichmüthige, leicht gehobene Stimmung des gesunden Menschen beeinträchtigt die Gedankenthätigkeit nicht, ebenso wenig andere Affecte, wenn sie in mässigen Grenzen bleiben. Diesen gleichmässig ruhigen Ablauf der Gedankenthätigkeit unterscheiden wir als den Zustand der Besonnenheit. Bei allen starken, stürmischen Affecten, sei es ausgelassene Freude oder Trauer, Zorn

und Wuth, geht die Besonnenheit verloren, und der Ablauf der Vorstellungen vollzieht sich dann nicht mehr nach der ihnen innewohnenden, präformirten Ordnung, sondern unter der einseitigen Herrschaft gewisser dominirender Vorstellungskreise, welche sonst vielleicht in entgegengesetzten Vorstellungen ihr Gegengewicht finden würden. Auch zu einer Art von Hemmung der Gedankenthätigkeit kann es dabei kommen, derart dass die entgegengesetztesten Vorstellungen andeutungsweise auftauchen und wieder verschwinden, ohne dass eine Gedankenreihe weiter verfolgt werden kann; wir bezeichnen diesen Zustand als Fassungslosigkeit.

Meine Herren, gestatten Sie mir, an die Thatsache, die ich eben kurz erwähnt habe, dass jede Gedankenthätigkeit normaler Weise mit einem leichten Affect verbunden ist, noch einmal anzuknüpfen. Nach der, wie sie wohl gefunden haben werden, etwas teleologischen Begriffsbestimmung der Affecte, welche ich gegeben habe, wird es Sie nicht Wunder nehmen, dass auch der Inhalt der Vorstellungen bei der Gedankenthätigkeit auf den begleitenden Affect von Einfluss ist. Nehmen wir an, dass ein Gedankengang, welcher inhaltlich für das Individuum von Vortheil ist, sich oft wiederholt habe, eine Bedingung, die z. B. zum Zwecke der Erziehung und Charakterbildung absichtlich herbeigeführt wird, so werden wir in dem geistigen Besitz dieses Individuums auf eine Vorstellungsgruppe stossen, die mit einem starken Lustaffecte verknüpft ist. Andere Vorstellungsgruppen desselben Individuums werden derartig erworben, dass ihnen dauernd ein starker Unlustaffect anhaftet. Davon abgesehen wird die Erregbarkeit gewisser Vorstellungsgruppen, die Geläufigkeit ihrer Reproduction oder Leichtigkeit des Ansprechens auch davon abhängen, ob sie häufiger oder seltener benutzt worden sind. Beide Bedingungen werden besonders ersichtlich, wenn es sich um Gedankenreihen handelt, die zu Motiven für das Handeln eines Menschen werden können. In diesem Sinne verstehen wir unter **Normalwerthigkeit der Vorstellungen** eine ganz bestimmte Abstufung von Erregbarkeitsverhältnissen, welche bei den verschiedenen Individuen innerhalb einer gewisser Breite verschieden, doch bei jedem Individuum einen präformirten Besitz gewissermaassen von Rangesunterschieden unter den Vorstellungen bedingt. Der Inhalt des Bewusstseins der Persönlichkeit gewinnt erst dadurch seine Reichhaltigkeit und seine individuelle Färbung. Die Verschiedenheit der Charaktere wird wesentlich durch die verschiedene Werthigkeit derjenigen Vorstellungen bedingt, von denen ihr Handeln unter bestimmten gegebenen Verhältnissen abhängt. Wir müssen schon in

der Norm damit rechnen, dass solche überwerthige Vorstellungen einer Correctur durch entgegengesetzte Vorstellungen schwer zugänglich sind und je nachdem zur bedingungslosen Voraussetzung für das Handeln werden. Der Begriff der Ehre, der Schamhaftigkeit, der Reinlichkeit u. a. mehr sind derartige Leitmotive für das Handeln gesitteter Individuen. Von der Thätigkeit des Bewusstseins verlangen wir, dass die Normalwerthigkeit der Vorstellungen dabei zum Vorschein komme. Bei Geisteskranken werden wir vielfach auf Abweichungen von dieser Normalwerthigkeit der Vorstellungen stossen.

Neunte Vorlesung.

Uebersicht der klinischen Aufgaben. Geistesstörung. Geisteskrankheit. Paranoische Zustände. Die ungeheilten Geisteskranken. Krankendemonstrationen.

Meine Herren!

Ehe wir an die klinische Untersuchung von Geisteskranken herantreten, wollen wir versuchen, einen Ueberblick über die Aufgaben zu gewinnen, denen wir nun gegenüberstehen. Ganz allgemein gefasst nennen wir das, was wir zu studiren haben, Geistesstörung, ein Ausdruck, der auch dem Laien geläufig und zur Zusammenfassung aller von der Norm abweichender Geisteszustände gut geeignet ist. Unter diesen Zuständen werden wir uns zweckmässig zunächst die einfachsten für das Studium wählen, d. h. diejenigen, welche wir auch ohne besondere Vorkenntnisse nur im Besitz der allgemeinen Anschauungen, die den Gegenstand unserer früheren Unterhaltungen bildeten, zu verstehen hoffen dürfen. Die einfachsten Zustände der Art sind die nach überstandener Geisteskrankheit zurückbleibenden Veränderungen des Bewusstseinsinhaltes, welche wieder in zwei grosse Gruppen zerfallen, je nachdem sie qualitative: Bewusstseinsfälschungen oder quantitative: Defectzustände des Bewusstseins sind. Auf bei weitem complicirtere Krankheitserscheinungen stossen wir bei den eigentlichen Geisteskrankheiten, und zwar um so mehr, je acuter und stürmischer sie verlaufen. Der Gegensatz ist der zwischen ruhenden Zuständen und sich abwickelnden Krankheitsvorgängen, und es liegt in der Natur der Sache, dass die ersteren dem Verständniss weniger Schwierigkeiten bieten. Wenn wir uns an den früher aufgestellten Gegensatz zwischen Bewusstseinsinhalt und Bewusstseinsthätigkeit erinnern, so haben wir es hier genau mit demselben Verhältniss zu thun. Wir treffen also dann auf die relativ einfachsten Bedingungen,

wenn wir es mit den Veränderungen des Bewusstseininhaltes bei normal oder annähernd normal ablaufender Bewusstseinsthätigkeit zu thun haben. Während des Verlaufs der Geisteskrankheiten sind wir dagegen Zuschauer der abnorm ablaufenden Bewusstseinsthätigkeit. Die Bewusstseinsthätigkeit ist eine Funktion der Zeit, ihr Ergebniss ist ein bestimmter Bewusstseinsinhalt, deshalb können wir die acuten Geisteskrankheiten definiren als die Veränderung des Bewusstseinsinhaltes, welche wir innerhalb einer bestimmten Zeit sich vollziehen sehen. Solche Veränderungen sind auch nach den Bedingungen des gesunden Geisteslebens vielfach mit Affecten und Gemüthsbewegungen verknüpft. Die acuten Geisteskrankheiten sind deshalb fast allgemein von lebhaften Affecten begleitet, und nebenbei bemerkt, sind es gerade diese, welche das Verständniss und die Behandlung der acuten Geisteskrankheiten erschweren. In je kürzerer Zeit die acute Geisteskrankheit abläuft, um so stürmischer pflegen auch die begleitenden Affecte zu sein, und um so grösser, falls nicht die Heilung den Ausgang bildet, die resultirenden sei es qualitativen, sei es quantitativen Veränderungen des Bewusstseinsinhaltes.

Wir werden dabei die Voraussetzung machen müssen, dass die gleiche normale Gedankenthätigkeit in einem Bewusstsein von sehr verschiedener Reichhaltigkeit des Inhaltes stattfinden kann, wie Sie denn auch nicht bezweifeln werden, dass unter den früher [1]) erwähnten mit einer nur geringen Zahl von Begriffen operirenden Menschen verhältnissmässig ebenso intelligente Individuen anzutreffen sein werden als unter den Vertretern umfänglicher gelehrter Kenntnisse.

Meine Herren! Unsere nächste Aufgabe würde also sein, Fälle von Geistesstörung kennen zu lernen, die nach überstandener Geisteskrankheit die Residuen derselben in Form eines veränderten oder defecten Bewusstseinsinhaltes an sich tragen. Die Bewusstseinsthätigkeit ist wieder zur Norm zurückgekehrt, die schweren Affecte, welche die Entstehung der inhaltlichen Veränderung begleiteten, sind verschwunden. Die Kranken sind deshalb etwa nicht frei von Affecten, aber doch im Allgemeinen frei von krankhaften Affecten, so dass letztere, selbst wenn sie mit dem veränderten Bewusstseinsinhalt zusammenhängen, nicht besondere Krankheitserscheinungen, sondern nach derselben Norm wie bei den Gesunden verständlich sind. Ein durchaus ähnliches Verhalten treffen wir

---

1) Vgl. S. 31.

nun bei zahlreichen ganz chronisch verlaufenden Geisteskrankheiten. Diese bieten uns das Bild einer ganz langsamen und allmählich sich vollziehenden Veränderung des Bewusstseinsinhaltes, eines Vorganges also, der auch dem gesunden Bewusstseinsorgan widerfährt, der aber hier durch innere krankhafte Veränderungen des Organs bedingt ist. Thatsächlich erfährt der Bewusstseinsinhalt geistesgesunder Individuen eine stetige Vermehrung bis ins höchste Alter hinein. Dies gilt namentlich für das Bewusstsein der Persönlichkeit, da es die Summe der individuellen Erlebnisse in sich begreift. Wenn das Gleiche durch ebenfalls langsam ablaufende Krankheitsvorgänge bewerkstelligt wird, so beobachten wir eine ganz allmählich sich verändernde Persönlichkeit, ohne dass die normalen Vorbedingungen dieser Veränderung in den äusseren Verhältnissen gegeben sind. Die schweren Affecte, die auch dem Gesunden nicht erspart bleiben, werden auch hier häufig an den krankhaft veränderten Inhalt der Persönlichkeit anknüpfen, ohne an und für sich krankhaft zu sein. Suchen wir die Analogie mit dem Gebiete der Gehirnkrankheiten herzustellen, so ist die allmähliche Veränderung des Bewusstseinsinhaltes der allmählich erfolgenden Summation von Herdsymptonen im Falle eines langsam wachsenden und die Gehirnsubstanz substituirenden (nicht nur verdrängenden) Tumors zu vergleichen. Wie in solchen Fällen, so tragen auch die Symptome der Geisteskrankheit in den exquisit chronisch verlaufenden Fällen von vorn herein das Gepräge der Unheilbarkeit, welche hier durch die vollständige Verschmelzung mit dem gesunden Bewusstseinsinhalt, dort durch die rein örtliche Wirkung der Zerstörung bedingt ist. Es ist fast überflüssig zu betonen, dass ganz ebenso die inhaltlichen Veränderungen nach abgelaufenen acuten Geisteskrankheiten — mit noch zu erwähnenden Ausnahmen — unheilbare Zustände darstellen, sodass unser klinisches Material zunächst aus unheilbaren, sogenannten „alten Fällen“ und ausserdem aus gewissen, zwar noch in Progression befindlichen, aber in ihrem äusseren Habitus und in ihren Aeusserungen der Bewusstseinsthätigkeit den abgelaufenen Fällen sehr nahestehenden Kranken bestehen wird. Die Mehrzahl der langjährigen Insassen der grossen Irrenanstalten besteht aus solchen Kranken, ohne dass gewöhnlich auf ihre Unterscheidung in die beiden Kategorien, welche durch ihre ganz verschiedene Entstehungsweise gegeben ist, der gebührende Werth gelegt wird. Wenn wir aus diesem Material noch die Defectzustände ausscheiden, so können wir die noch sehr grosse Zahl der zurückbleibenden Fälle unter dem Namen der

paranoischen Zustände zusammenfassen, weil sie das gemeinschaftliche Merkmal einer krankhaften Veränderung des Bewusstseinsinhaltes, mit anderen Worten der Bewusstseinsfälschung, an sich tragen. Die inhaltliche Bewusstseinsfälschung ist entweder residuär, wenn sie nach abgelaufener Geisteskrankheit zurückgeblieben ist, oder Ausdruck einer chronisch progressiv verlaufenden Geisteskrankheit.

Für eine weitere Eintheilung der residuären Bewusstseinsfälschungen wird naturgemäss ihr Umfang maassgebend sein. Wir haben gesehen, dass wir von den drei verschiedenen Bewusstseinsgebieten der Persönlichkeit, der Aussenwelt und der Körperlichkeit sprechen können; zur kurzen Bezeichnung der jedem dieser Gebiete zukommenden Symptome schlage ich Ihnen die Bezeichnungen autopsychisch, allopsychisch und somatopsychisch vor. Um residuäre autopsychische Bewusstseinsfälschung handelt es sich z. B. bei allen jenen zahlreichen Fällen, welche nach überstandener Geisteskrankheit nur gebessert aus den Anstalten entlassen und nicht als geheilt bezeichnet werden können, weil sie zu keiner vollkommenen Krankheitseinsicht (s. oben S. 61) gelangt sind. Die falschen Vorstellungen, hauptsächlich falsche Urtheile, dieser Individuen beziehen sich gewöhnlich auf die Art und Weise ihrer Behandlung und die Nothwendigkeit der Detention in der Anstalt, welcher sie ihre relative Genesung zu verdanken haben, und da sie durch ähnlich falsche Urteile über andere Kranke zur Zeit ihres Anstaltsaufenthaltes in ihrer Meinung bestärkt werden und in ihnen Zeugen zu haben glauben, so ist es erklärlich, dass sie sich je nach Temperament und Charakter mehr oder weniger energisch und loyal über die Anstalten beschweren und sie discreditiren. Ich erinnere Sie an den nur gebessert entlassenen Gymnasiallehrer und Doctor der Philosophie, welcher nachher seine Lehrthätigkeit wieder aufgenommen hat, und den schon vor Jahren hier behandelten Weinkaufmann, welcher noch jetzt einem blühenden Geschäfte vorsteht, welche beide in ihren Beschwerden über die von seiten der Klinik erfahrene Unbill bis an die höchsten Behörden gegangen sind. Ein Teil der Angriffe, welche in den letzten Jahren auch in der Presse gegen unser Irrenwesen gerichtet worden sind, lässt sich auf derartige Quellen zurückführen.

Meine Herren! Wie Sie sehen, ist der eben berührte Punkt von grosser praktischer Tragweite. Nicht nur der Stand der Irrenärzte, sondern überhaupt der ärztliche Stand und das auf seine Hülfe angewiesene Publicum hat ein Interesse daran, dass die Aufklärung darüber in möglichst weite Kreise getragen wird. Ich

gehe deshalb noch etwas näher darauf ein, indem ich an meine Bemerkungen über das Bewusstsein der Persönlichkeit[1]) in meiner siebenten Vorlesung anknüpfe. Der Mangel an Kranheitseinsicht kommt praktisch auf dasselbe hinaus wie die Vermehrung der Summe von Erinnerungen eines Menschen um eine gewisse Zahl von der Wirklichkeit nicht ensprechenden Daten, wie sie uns etwa durch die Erlebnisse des Traumes zugeführt werden könnten. Wenn wir diese oft sehr abenteuerlichen Traumeserlebnisse als vollwerthige Glieder unserem Erinnerungsschatz anreihen wollten, welche unberechenbaren Folgen für unser Handeln, für unser Urtheil über die Menschen würden daraus entstehen! Genau so aber verhält es sich mit den ganz falsch beurtheilten und als solche in der Erinnerung bewahrten Erlebnissen der Geisteskranken. Ich muss nun bald bemerken, dass der Mangel an Krankheitseinsicht verschiedene Grade zeigen kann. Bei den acuten Geisteskrankheiten ist es nicht selten, dass die Krankheitshöhe in den Anfang der Krankheit fällt und die Kranken dann zwar die Einsicht für die schweren Krankheitserscheinungen dieses acutesten Stadiums, aber nicht für die darauf folgende Zeit gewinnen. Es liegt in der Natur der Sache, dass den Berichten derartig anscheinend einsichtiger Kranken, welche zwar die Aufnahme, aber nicht ihr Verbleiben in der Anstalt gerechtfertigt finden, ein besonderer Glaube beigemessen wird. Fällt das acuteste Stadium, wofür Krankheitseinsicht gewonnen wird, in einen späteren Zeitraum, so scheint dem Kranken ebenso wie allen Laien der Schluss berechtigt, erst die erzwungene Verbringung in die Anstalt und die dort erhaltenen Eindrücke hätten die Krankheit veranlasst. Der Mangel an Krankheitseinsicht ist ferner nicht immer ein unheilbarer Zustand, sondern es kommt ziemlich häufig vor, dass die Erinnerung an die vermeintlichen Krankheitserlebnisse und die mit ihnen verbundenen Affecte im Laufe der Zeit mehr und mehr abblasst, besonders wenn es an den normalen Reizen einer geregelten Thätigkeit nicht fehlt. Dieselben Kranken, welche sich vorher bitter beschwert haben, pflegen dann auf ihre Anstaltserlebnisse nur ungern zurückzukommen, sie als halb oder ganz vergessen zu bezeichnen und ihrer Abneigung gegen Aerzte und Personal der Anstalt keine praktischen Folgen mehr zu geben. Sie werden sich erinnern, dass wir von dieser Ueberlegung wiederholt eine Anwendung gemacht haben, indem wir Kranken, die eine volle Krankheitseinsicht trotz langen Zuwartens nicht ge-

---

1) Auf S. 61.

winnen konnten, die Rückkehr ins bürgerliche Leben und die Aufnahme einer angemessenen Thätigkeit nach Kräften erleichtert haben.

Meine Herren! Einer zweiten grossen Kategorie von Kranken ist es leider nicht beschieden, in das bürgerliche Leben zurückzukehren, obwohl ihre Geisteskrankheit ebenfalls und zwar nicht ungünstig abgelaufen ist. Sie unterscheiden sich aber dadurch von der erst besprochenen Kategorie, dass sie ausser dem vollständigen Mangel an Krankheitseinsicht noch fixe Wahnvorstellungen aufweisen, die der grossen Gruppe der noch später von uns zu studirenden Erklärungswahnideen angehören. Schon oben habe ich angedeutet, dass es nur als logische Folge des Mangels an Krankheitseinsicht zu betrachten ist, wenn derartige Kranke den Anstaltsaufenthalt als ein ihnen widerfahrenes Unrecht auffassen. Ein Schritt weiter führt zu der ganz consequenten Verfolgungsidee, dass der Zweck des Anstaltsaufenthaltes ein feindlicher gewesen sei, etwa der, den Kranken aus seinem Berufe zu entfernen oder überhaupt bürgerlich zu schädigen oder ihn zeitweilig oder für immer zu beseitigen oder gar ihn durch den gezwungenen Verkehr mit Geisteskranken selbst geisteskrank zu machen. Es sind dann gewöhnlich bestimmte Personen, wenn auch oft nur als Vollstrecker eines höheren Willens, welche als Verfolger und Feinde aufgefasst werden. Der nähere Ausbau dieses Wahnsystems ist je nach dem Bewusstsein der Persönlichkeit (der Individualität) sehr verschieden, ebenso wie die Energie des Handelns auf Grund der so gewonnenen Motive. Wird die Quelle der Verfolgung in grossen Körperschaften wie der Kirche, dem Freimaurerorden oder den Staatsbehörden gesucht, so werden die ausführenden Organe, als selbst unter einem Zwange handelnd, zuweilen entschuldigt, oft aber richtet sich erst die Muthmaassung und später die Gewissheit, welches die Quelle der Verfolgung sei, gegen einzelne Personen, je nach den individuellen Erlebnissen, wie z. B. in dem häufigen Falle, dass der eine Ehegatte den anderen verdächtigt, der eigentliche Zweck der Anstaltsdetention sei, ein ehebrecherisches Verhältniss zu ermöglichen. In solchen Fällen wird fast immer auch dem Arzt eine Mitschuld aufgebürdet, und er ist der zunächst greifbare Theilnehmer an dem Complott. In vielen Fällen hat die eine Erklärungswahnidee der Verfolgung später noch die weitere Erklärungswahnidee des consecutiven Grössenwahns zur Folge, wenn die nach ganz richtigem Urtheil erforderliche Mitwirkung der Behörden zu der Anschauung führt, dass wohl nur gegen eine bedeutende Persönlichkeit ein so ungehöriges

Verfahren eingeschlagen und die Macht des Staates dem Verfolger dienstbar gemacht worden sei. Alle diese Kranken können nicht in die Freiheit entlassen werden, weil sie aus ihrer Neigung zu gewaltthätigen und gemeingefährlichen Handlungen kein Hehl machen. Die eine Wurzel ihres Wahnsystems, nämlich die Detention, ist also nicht zu beseitigen, und damit wird auch das Wahnsystem immer aufs Neue gestützt und befestigt. Innerhalb der Anstalt aber kann im Lauf der Zeit, besonders durch Gewöhnung an nützliche Thätigkeit, der Affect gemässigt und eine leidlich friedliche Existenz herbeigeführt werden.

Meine Herren! Als Repräsentanten einer dritten Kategorie von alten Anstaltsinsassen stelle ich Ihnen den 61 jährigen Kranken Rother vor, welcher mir als abgelaufener Fall einer acuten Geisteskrankheit, über welche weitere Daten leider nicht vorliegen, schon seit 24 Jahren, nämlich seit dem Jahre 1871 bekannt ist. Er hat seitdem innerhalb der Anstalt ein thätiges Leben geführt und bis auf zeitweilige kurz dauernde Erregungszustände, die in Zwischenräumen von Jahren auftraten und meist an äussere Störungen seiner Berufsthätigkeit anknüpften, ein ruhiges und besonnenes Verhalten und normales körperliches Befinden gezeigt. Er geht frei aus und ein und hat die Schlüssel zum Garten und zu seiner Abtheilung. Wie Sie sehen, ist sein Auftreten durchaus der Situation entsprechend. Er ist höflich und entgegenkommend, ohne unterwürfig zu sein, den Anstaltsärzten schenkt er offenbar Vertrauen, mit seinem Aufenthalt in der Anstalt und seiner Thätigkeit ist er zufrieden und äussert zwar den Wunsch, entlassen zu werden, lässt sich aber leicht beschwichtigen durch die ihm entgegengehaltene Erwägung, dass er hier eine sorgenfreiere Existenz führe. Die Schritte, die er nach einer eventuellen Entlassung thun will, um wieder in Stellung zu gelangen, erscheinen durchaus angemessen. Seine Antworten erfolgen prompt und sind inhaltlich seinem Bildungsstande angemessen. Auch der Kreis seiner Interessen erscheint nicht weiter eingegrenzt, als es durch sein nun 24 jähriges von der Societät abgeschiedenes Leben erklärlich ist. Auch die bedeutendsten politischen Daten und die Tagesneuigkeiten sind ihm aus der Zeitung bekannt. Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit lassen sich als normal nachweisen. So scheint es, als ob wir es mit einem Geistesgesunden zu thun hätten, einem jener unglücklichen Opfer irrenärztlicher Nachlässigkeit und Gewissenlosigkeit, welche so vielfach in den Anstalten widerrechtlich festgehalten werden, wenn Sie den täglich in den Zeitungen auftauchenden Berichten wohlmeinender,

aber ununterrichteter und deshalb wohl mindestens unvorsichtiger Menschenfreunde Glauben schenken wollen. Ich zweifle auch nicht, dass eine Laienkommission, mit dem Rechte ausgestattet, Kranke nach eigenem Gutdünken zu entlassen — die bekannte reformatorische Idee jener Menschenfreunde — den Kranken für gesund erklären würde, um so mehr, als er Fremden gegenüber äusserst vorsichtig und zurückhaltend ist. Uns aber schenkt er sein volles Vertrauen und erzählt rückhaltlos von seinen Erlebnissen, nachdem er einmal ins Plaudern gekommen ist. Zunächst ist auffällig, dass er von einer überstandenen Geisteskrankheit nichts weiss, er will nur wegen einer acuten fieberhaften Krankheit seiner Zeit ins Hospital gekommen sein und hält es eigentlich für unrecht oder für ein Versehen, dass man ihn so lange zurückgehalten habe, wenn er auch zugiebt, dass die Aerzte es immer gut mit ihm gemeint hätten. Dann erzählt er von einem Konflikt mit einem ihm unterstehenden Gärtnerburschen, kurz vor seinem Eintritt in die Anstalt. Von diesem Menschen sei er im Streite eine Treppe hinuntergeworfen worden, dabei habe er sich das Genick gebrochen. Frage: Wer? Nun ich. Frage: Aber Sie leben doch und sitzen hier? Nun ja, aber der Andere liegt wahrscheinlich noch dort. Frage: Welcher Andere? Nun, der Rother. Frage: Also sind Sie einmal todt gewesen, ist denn das möglich? Natürlich, es hat doch Jeder einen Doppelgänger.

Der Kranke erzählt dann, dass er noch ganz andere Dinge erlebt habe, die man gar nicht glauben sollte, so sei er einmal ein Stier gewesen und als solcher erst in unmenschlicher Weise gequält und dann geschlachtet worden. Er schildert dabei, wie man ihm einen Ring durch die Nase gezogen und ihn daran fortgeschleift habe. Er sei auch einmal gekreuzigt worden und zwar mit zwei Räubern zusammen. Frage: Wie Jesus Christus? Ja, genau so. Frage: Da sind Sie wohl Jesus Christus? Ja, ich bin auch Jesus Christus.

Der Kranke erzählt weiter, dass er auch Gottfried von Bouillon gewesen sei, und schildert die Stahlrüstung, die er getragen habe, er sei aber auch ein Brummer (gemeint ist eine Schmeissfliege) gewesen und als solche herumgeflogen.

Stossen wir hier auf die abenteuerlichsten Vorstellungen im Bewusstseinsgebiete der Körperlichkeit und der Persönlichkeit, so trägt der Kranke nicht minder von der Aussenwelt die verkehrtesten Vorstellungen mit sich herum. Von dem herrschaftlichen Garten

aus, an welchem er zuletzt bedienstet war, führt angeblich eine Treppe hinunter in ausgedehnte unterirdische Räume. Dort trifft man auf allerlei märchenhaftes Ungethüm, grosse Schlangen, Drachen, reissende Thiere. Der unterirdische Raum erstreckt sich unter ganz Breslau und noch weiter ins Unbekannte fort. Oben leuchtet die Sonne, und um sie sieht man die Erde sich drehen, selbst schon eine ansehnliche Kugel. Frage: Fällt sie denn nicht hinunter, oder ist sie unterstützt? Sie ruht auf einem grossen spitzen Stein.

Auf seinen Reisen ist der Kranke weit herumgekommen. Er ist zu Fuss und zwar in drei Tagen von Europa nach Amerika gegangen, auf einem Damme, der etwa so breit war wie eine gewöhnliche Chaussee. Von Zeit zu Zeit fand sich ein Unterkunftshaus darauf, wo er nächtigen konnte. Rechts und links sah er das blaue Meer und die schönsten Schiffe. Dann ist er einmal um das schwarze Meer herumgegangen und zwar in einigen Stunden. Man war gerade damit beschäftigt, es trocken zu legen.

Meine Herren! Lassen wir die Frage, auf welche Weise der Kranke zu dieser Unsumme von falschen Vorstellungen gekommen sei, zunächst dahingestellt, so werden Sie jedenfalls zugeben, dass es sich um eine Fälschung des Bewusstseinsinhaltes im allergrössten Maassstabe handelt. Alle drei Gebiete sind gleichmässig befallen, aber in einer solchen Weise, dass die widersprechendsten Vorstellungen zu gleicher Zeit bestehen und einander nicht stören, dass das Unmöglichste nicht als im Widerspruch zu den alltäglichen Erfahrungen der Wirklichkeit stehend empfunden wird. Es ist gewissermaassen ein in Bruchstücke zerfallenes Bewusstsein, welches Sie so vor sich sehen, ein Zustand des „Zerfalls der Individualität“, der jede Systematisirung vollkommen ausschliesst. Daher können wir auch nicht von einer eigentlichen Wahnbildung bei dem Kranken reden, und das Fehlen jenes durch logische Gedankenthätigkeit zu Stande kommenden Verfolgungs- und Grössenwahns wird Ihnen nur natürlich erscheinen. Die überraschende Urtheilslosigkeit, die der Kranke seinem krankhaften Bewusstseinsinhalt gegenüber zeigt, tritt sonst im gewöhnlichen Leben nur wenig hervor. In seinem Berufe zeigt sich der Kranke sogar noch vollständig sachverständig. Seine Mitkranken aber beurtheilt er zum grossen Theile falsch, indem er nur die störenden und aufgeregten unter ihnen als Geisteskranke anerkennt. Dass ein solcher Kranker in der Societät nicht leben, nicht für sich sorgen und nicht auf eigenen Füssen stehen kann, bedarf keines Beweises, er ist für immer auf die Anstaltspflege angewiesen.

Meine Herren, der vorgestellte Kranke ist gewissermaassen nur das Paradigma für alle Fälle von umfänglicher residuärer Bewusstseinsfälschung. Der Umfang selbst der Störung verhindert hier den Ausbau eines Wahnsystems. Die relativ vollständige Heilung des Krankheitsvorganges aber ermöglicht das von Stattengehen einer annähernd normalen Gedankenthätigkeit im Bereich des Interessenkreises des Berufes und dadurch ein thätiges Leben.

Zehnte Vorlesung.

Krankenvorstellungen (Fortsetzung).

Meine Herren!

Die Kranke, die ich Ihnen heute vorstelle, ist ein typisches Beispiel von chronisch entstandener allopsychischer Bewusstseinsfälschung. Es ist eine 45jährige Agentenwittwe, Frau Reisewitz, deren Krankheit sich seit fünf Jahren aus eben merklichen Anfängen ganz allmählich anwachsend entwickelt hat und voraussichtlich auch noch weiter zunehmen wird. Sie fällt Ihnen schon beim Eintreten durch ihre gemessene und etwas würdevolle Haltung auf, und ebenso zeigt ihr Gesichtsausdruck etwas Feierliches. Sie erzählt auf Befragen, dass sie schon in Dalldorf gewesen sei, von dort habe man sie hierher gebracht, und auch die Umgebung, die sie dort gehabt habe, müsse mit ihr hierher nach Breslau gekommen sein. Das Haus, in dem sie sich befindet, erkennt sie nicht als Krankenhaus, es seien „heilige Räume", ein „Gotteshaus", Alles trage das Gepräge einer kirchlichen Festlichkeit. Der Zweck ihres Aufenthaltes sei wohl der einer Vorbereitung für eine spätere bedeutende Stellung, jetzt sei sie noch sehr unwürdig, und es widerfahre ihr eine grosse Ehre, indem man sie hier aufgenommen habe. Vielleicht habe sie es einem hohen Geistlichen zu verdanken, an den sie sich in ihrem Unglück gewandt habe. Dass sie besonders viel Unglück und Leiden durchgemacht habe, sei allgemein bekannt, in ganz Breslau kenne man ihren Namen. Abgesehen von dieser auf gesteigertes Selbstgefühl deutenden Aeusserung behält sie ein unterwürfiges Wesen bei, sie erhebt sich bei jeder Anrede und verneigt sich und thut dies auch gegen alle ihre Mitkranken, selbst gegen eine ganz blödsinnige Paralytikerin. Oft entschuldigt sie sich, dass sie sich wohl

nicht schicklich benommen habe, und bittet, ihre Worte nicht zu scharf abzuwägen. Ihre Mitkranken hält sie sämmtlich für verkleidete Männer, meist hochgestellte Geistliche, die sich zum Theil zur Busse hier befinden. Auch der Arzt gehöre zur Geistlichkeit, wenn er auch früher Arzt gewesen sein möge. Ein 13jähriges Mädchen erklärt sie für einen Grafen Arco, die Oberwärterin für Seine Majestät den Kaiser Friedrich, andere Wärterinnen für bestimmte Prinzen. Alle diese Personen seien schon in Dalldorf um sie gewesen, hätten sich aber seitdem in ihrem Aussehen verändert. Allein sie selbst sei unverändert geblieben.

Meine Herren! Sie sehen, dass die Auskunft, die wir soeben erhalten haben, auf das Bestehen eines sogenannten systematisirten Wahnes schliessen lässt, der sich wesentlich auf religiösem Gebiete bewegt und eine autopsychische Bewusstseinsfälschung in der Richtung, dass Patientin nach überstandener Prüfungszeit die Rolle einer Heiligen oder Prophetin zu spielen haben werde, entwickelt hat. Besonders auffallend erscheint uns aber die Umdeutung der Personen und der gesammten Umgebung in einem diesem religiösen Wahne adäquaten Sinne. Bei der augenscheinlichen Besonnenheit, dem ruhigen Verhalten der Kranken, ihrem vollständig ungestörten Allgemeinbefinden werden wir nicht annehmen können, dass ihre Sinne sie trügen und dass sie etwa deshalb ausser Stande wäre, die Dinge und Geschehnisse der Aussenwelt richtig zu beobachten; trotzdem deutet sie Alles im Sinne bestimmter herrschender Vorstellungen, und zwar wie häufig gerade solcher religiöser Art. So giebt sie uns ein prägnantes Beispiel gestörter secundärer Identification in Folge eines durch eine chronische Geisteskrankheit wahnhaft veränderten Bewusstseinsinhaltes. Auf die für Fälle dieser Art sehr charakteristische Anamnese will ich später noch zurückkommen. Hinsichtlich des Status sei nur noch bemerkt, dass die Kranke von Sinnestäuschungen nicht ganz frei ist. Ganz vereinzelt scheinen Gehörshallucinationen und ziemlich häufig Geruchshallucinationen und subjective Hautsensationen vorzukommen. Die ersteren werden als segnende Aussprüche, vielleicht als Stimme Gottes gedeutet, die der beiden anderen Sinnesgebiete, „das Aufriechen“ von Chloroform und die „elektrische Behandlung“ hinterlassen ein Schwächegefühl des Körpers und werden zwar meist als Prüfungen geduldig hingenommen, veranlassen aber doch zuweilen Zornesausbrüche mit energischem Schimpfen. Eine längere Unterhaltung wird als anstrengend empfunden, trotzdem erhält man über die Personalien der Kranken bis zum Beginn ihrer Krankheit

richtige Auskunft, Gedächtnissdefecte bestehen nicht, Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit sind annähernd normal.

Den Gegensatz zu diesem Falle mit so ausgeprägter allopsychischer Bewusstseinsfälschung werden Sie in einer anderen Kranken erblicken, bei welcher gerade das Bewusstsein der Aussenwelt sich im ganzen Krankheitsverlauf bis zum jetzigen Augenblick vollständig unbetheiligt erhalten hat, während vorwiegend das Bewusstsein der Körperlichkeit, demnächst aber auch der Persönlichkeit beträchtliche Veränderungen aufweisst. Wir können es als Beispiel einer residuären hauptsächlich somatopsychischen Bewusstseinsfälschung betrachten. Es ist eine 46jährige Köchin, Tscheike, welche vor fünf Jahren vier Monate lang in unserer Klinik behandelt und von hier in die Irrenanstalt der Stadt Berlin überführt worden ist. Von dort als relativ gebessert entlassen, ist sie nach mehrfachen vergeblichen Versuchen, ihre Beschäftigung wiederaufzunehmen, schliesslich wieder in unsere Klinik gekommen. Die Zeit ihres ersten Aufenthaltes konnte man etwa als das Höhestadium einer geistigen Störung betrachten, die sich bis dahin seit zwei Jahren ganz allmählich ansteigend entwickelt hatte und mit allerlei schweren Störungen des Allgemeinbefindens einhergegangen war. Jetzt ist sie von solchen Beschwerden gänzlich frei, sie zeigt ein gesundes Aussehen, ihre körperlichen Functionen sind geregelt, sie hält sich andauernd auf ungefähr dem gleichen Körpergewicht, und auch ihr Verhalten bei der heutigen klinischen Vorstellung zeigt nichts Auffallendes. Ihre Antworten erfolgen prompt und sinnentsprechend. Ueber ihre Umgebung, ihre jetzige Lage und ihre frühere Krankheit, ferner über alle ihre persönlichen Verhältnisse ist sie vollkommen orientirt, namentlich zeigt sie für gewisse Details ihrer Krankheit ein gutes Gedächtniss. Die Summe ihrer Kenntnisse ist etwa ihrem Stande und Bildungsgange angemessen, ihre Stimmung ist trotz eines gewissen Krankheitsgefühls eher gehoben als deprimirt. Auf der Abtheilung benimmt sie sich nicht immer correct, ist nur zeitweise zu einer Beschäftigung im Nähsaal zu bringen und zieht es meist vor, sich in allerlei Dinge zu mischen, die sie nichts angehen, Rathschläge zu erteilen, durch Scherze und Kindereien ihre Mitkranken zu belästigen. So z. B. zieht sie ihnen die Bettdecke fort oder schüttet ihnen unvermuthet Wasser ins Gesicht oder entwendet ihnen oder auch wohl aus der Küche ihr nicht zustehende Esswaaren. Die ärztliche Visite pflegt sie durch Zwischenbemerkungen zu stören. Gegen die ärztlichen Anordnungen ist sie unfolgsam, und wenn ihr aus disciplinarischen Gründen Bettruhe an-

befohlen wird, so genirt sie sich nicht unbekleidet auf dem Corridor zu spaziren. Sie sehen also, meine Herren, dass das Verhalten der Kranken keineswegs normal ist, sondern im Gegentheil so viel Nachsicht und Geduld von seiten ihrer Umgebung erfordert, dass sie eben nur in den besonderen Bedingungen einer Anstalt existiren kann. Sie werden später noch sehen, dass gar manche Kranke in derselben Lage sind und auch wesentlich nur in Folge einer gewissen Unverträglichkeit, eines anspruchsvollen, überwiegend egoistischen und stete Rücksicht erfordernden Verhaltens wegen nach überstandener Geisteskrankheit sich unfähig erweisen, anders als in geordneten Anstaltsverhältnissen zu leben. Unsere Kranke aber zeigt sich bei näherer Unterhaltung überdies von einer Unmasse falscher Vorstellungen erfüllt. Zur Zeit ihrer Krankheit habe sie an Bronchialkatarrh gelitten. Damals sei sie so verschleimt gewesen, dass sie davon einen Urmenschen oder Blutmenschen oder Lancettfisch — diese drei Ausdrücke braucht sie synonym — in ihren Körper bekommen habe. Der Urmensch habe sie damals sehr gequält, er habe in ihrem Leibe gewirthschaftet, als ob ein lebendes Kind darin gewesen wäre. Ursprünglich sei er im Zwerchfell entstanden, er habe einen durchsichtigen, rosarothen Leib, bestehe aus Schleim — wie sie es ja im Aquarium gesehen hätte —, habe einen Engelskopf und einen spitzen Schwanz. Er liege derart in ihr, dass der Kopf in ihrem Gehirn, der Leib entlang dem Rückgrat, der Schwanz über dem After liege. Er habe oft mit Gewalt herausgewollt, was sie an Stichen oben an der Schädeldecke und unten am After gemerkt habe. Er lebe von dem, was sie esse, hauptsächlich aber von dem was sie trinke, weshalb sie auch so viel trinken müsse. Seit dieser Zeit habe sie Alles doppelt, doppelte Nerven, doppelten Herzschlag, auch doppeltes Gehirn. Von der Zeit ab habe sie auch ein ganz junges Gesicht bekommen wie das eines 15jährigen Mädchens mit einem Engelskopfe, und ihre blatternarbige Haut sei glatt geworden. (Patientin trägt thatsächlich zahlreiche Pockennarben im Gesicht.) Zur Zeit ihrer Krankheit habe sie einmal die rechte Hälfte ihres Gehirns ausgebrochen, starker Kopfschmerz und Uebelsein seien vorangegangen, das Erbrochene habe ausgesehen wie Bierhefe, dabei habe sie gefühlt, dass die rechte Gehirnhälfte Schaden nahm. Später habe sich die kranke Gehirnhälfte wieder ersetzt. Durch die Krankheit habe sie auch ein doppeltes Denken bekommen, „einestheils den Inbegriff von Allem, was meine Arbeit war, andererseits das Politische und die Wissenschaft.“ In der That scheint Patientin ihren früheren geistigen

Besitzstand, der wesentlich dem Interessenkreise einer Köchin entsprach, genau zu unterscheiden von ihrer Denkthätigkeit seit Beginn ihrer Krankheit. Sie glaube „Genie für Alles“ zu haben und hat augenscheinlich eine Anzahl von Büchern gelesen, denen sie Interesse, aber kein Verständniss entgegenbringen konnte. So erwähnt sie das Buch „Häckel Urmensch oder Lancettfisch,“ glaubt aber, Häckel bedeute etwa so viel wie Verbindung, Zusammengehöriges. Nach ihrer Vorstellung hat der Mensch 27 Sinnesorgane: „Tiefsinn, Raufsinn, Hygiene, Sprachsinn, Wortsinn, Farbensinn, Kunstsinn“, die anderen fallen ihr gerade nicht ein. Ueber polititische Verhältnisse schreibt sie Abhandlungen, von denen ich Ihnen nur den Anfang der einen vorlesen will: „die unterste Klasse von Menschen wird dazu benutzt, den höheren das Leben zu retten. Folgedessen bekommen die armen Individuen acutes oder das Gegentheil davon. Dieses Magenleiden hängt mit der Bleichsucht zusammen“ etc. Speziell behauptet sie von Medicin etwas zu verstehen, Brüche behandeln, Verbände anlegen, Diphtheritis heilen zu können und dergl. mehr. Daher auch ihre störende Einmischung in die ärztliche Visite. Meine Herren! Ueber die Entstehungsweise dieser, wie Sie sehen theils auf somatopsychischem, theils auf autopsychischem Gebiete liegenden Bewusstseinsfälschungen werden wir uns eingehender erst später zu unterrichten haben. Hier will ich nur das Eine hervorheben, dass wir bei dieser Kranken die Entstehungszeit der somatopsychischen Wahnideen selbst beobachtet haben und deshalb den Nachweis ihrer Entstehung aus abnormen körperlichen Empfindungen führen können. Wenn daraus eine so phantastische Vorstellung von dem eigenen Körper hervorgehen konnte, so müssen wir uns die eigenthümliche Lage vergegenwärtigen, worin solche Kranke sich befinden. Für die ihnen bisher ganz unbekannten, der Analogie mit den normalen Körperempfindungen vollständig entbehrenden krankhaften Gefühle fehlt es diesen Kranken zunächst an jeder Möglichkeit des Ausdruckes. Je nach der Individualität drängen sich dann dem Bewusstsein Gleichnisse, Aehnlichkeiten, Anologien auf, die als Hülfsmittel der Schilderung verwerthet werden. In der acuten affectvollen Zeit hört man nur zu oft von solchen Kranken die Klage, wie unbeschreiblich, unsagbar, einzig in ihrer Art die Gefühle sind, an denen sie leiden. Die mehr oder weniger distinkte Localisation liefert dann die Hauptanhaltspunkte für den Ausbau eines Erklärungswahnes, dessen einzelne Bausteine aus den naturwissenschaftlichen Kenntnissen des Individuums entnommen sind. Unsere Patientin hat augenscheinlich unter dem Einfluss un-

verdauter Häckelscher Schriften gestanden, als sie ihr Wahnsystem concipirte. Ein weiterer Erklärungswahn liegt der autopsychischen Wahnvorstellung zu Grunde, dass sie durch die Krankheit in den Besitz einer neuen Denkthätigkeit, die sich auf Politik und Wissenschaft erstrecke, gekommen sei. In ihr spricht sich die Selbstwahrnehmung einer veränderten Richtung der Gedankenthätigkeit, bedingt durch einen von Grund aus veränderten Bewusstseinsinhalt, aus, ein Punkt, auf welchen ich bald näher zurückkommen werde. Das Unsinnige, anscheinend Schwachsinnige in dieser mit gehobener Stimmung einhergehenden Gedankenarbeit findet in dem Widerspruche zu ihrem bisherigen Bildungsgange eine ausreichende Erklärung.

Meine Herren! Ein fast noch reineres Bild somatopsychischer residuärer Bewusstseinsfälschung wird ihnen aus dem letzten Semester erinnerlich sein. Ich stellte Ihnen damals eine 65jährige Frau vor, von deren Vergangenheit wir nichts Näheres ermitteln konnten. Nach ihren eigenen Angaben hatte sie vor 18 Jahren eine schwere Krankheit durchgemacht, wovon ihr ganzer Körper, besonders aber die äussere Körperform entstellt zurückgeblieben wäre. Sie beklagte sich über ihr abschreckend hässliches Gesicht, ihre ungeschlachten und plumpen Extremitäten, die veränderte Hautfarbe, den blödsinnigen Gesichtsausdruck und dergl. mehr, während sie in Wirklichkeit eine zierliche, feingebaute und relativ intelligent dareinschauende alte Dame war. Abnorme Empfindungen bestanden nicht, und auch das Allgemeinbefinden zeigte keinerlei Störungen. Trotzdem liessen sich bei eingehender Untersuchung noch schwere andere Veränderungen, die als Defecte zu bezeichnen waren, nachweisen, und solche Defecte bewegten sich namentlich auch auf allopsychischem und autopsychischem Gebiete. Zudem zeigte sich bei verhältnissmässig guter Aufmerksamkeit die Merkfähigkeit beträchtlich herabgesetzt, woraus wir auf die Complication der residuären Bewusstseinsfälschung mit seniler Geistesstörung schlossen. Die zunächst frappirende Reinheit des Falles erwies sich somit als Schein.

Bei weitem reiner kam das klinische Bild einer residuären somatopsychischen Bewusstseinsfälschung in dem anderen Beispiele zu Tage, welches ich Ihnen damals gleichzeitig vorstellte. Es war, wie Sie sich erinnern, der Fall eines 20jährigen jungen Mannes, Biega, der in Folge seiner Krankheit eine Entstellung der Art erfahren haben wollte, dass er bucklig geworden, die oberen Rippen eingesunken, die unteren eckig hervorgetreten, die Schultern beträchtlich heruntergerutscht wären. Von allen diesen Veränderungen war objectiv nichts zu be-

merken, sie verursachten dem Kranken auch keinerlei Beschwerden mehr, wohl aber erinnerte er sich der Zeit, wo diese Veränderung sich unter Schmerzen und unbeschreiblichen Empfindungen eingestellt hatte, eine Zeit, die sich über Jahre erstreckte. War es erst einmal gelungen, den Kranken zum Sprechen zu bringen, so liess sich nachweisen, dass der Kranke keinerlei Defecte hatte, und durch eine besonders darauf gerichtete Prüfung war auch die Feststellung möglich, dass Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit normal waren. Dennoch machte das ganze Auftreten und die äussere Erscheinung des Kranken bald beim ersten Anblick den Eindruck tiefer geistiger Störung, seine gebrochene Körperhaltung, seine kärglichen Antworten, sein verstimmtes Gesicht, die kühlen Extremitäten und die krankhafte Gesichtsfarbe fielen uns auf. Zudem erfuhren wir, dass sich der Kranke auch auf der Station vollständig unthätig verhielt, von den Mitkranken absonderte, nur ungenügend ass und sich in seinem Aeusseren auffallend vernachlässigte. Der Verdacht, den wir deshalb gefasst hatten, dass der Kranke noch an körperlichen Sensationen leide, fand in dem Krankenexamen seine Bestätigung, denn es ergab sich, dass der Kranke eine Undurchgängigkeit und Zusammenschnürung seines Darmkanales dicht über dem After zu fühlen meinte, über die stärksten Beschwerden und allerlei abnorme Empfindungen beim Stuhlgang klagte und, wenn auch mit dem Hintergedanken der Hoffnungslosigkeit, um ärztliche Behandlung dieses seines eigentlichen Leidens ersuchte.

Meine Herren! Die 57jährige Maurermeisterwittwe Frau Schmidt, die ich Ihnen zunächst vorstelle, macht körperlich einen vollkommen gesunden Eindruck, klagt auch über keinerlei Störungen des Allgemeinbefindens und giebt mit aller Ruhe und Besonnenheit folgende Auskunft über ihre Beschwerden. Der Anlass ihrer zwangsweisen Ueberführung wären die Belästigungen gewesen, denen sie zu Hause ausgesetzt gewesen sei und auf die sie mit Drohungen gegen ihre Angehörigen und die anderen Hausbewohner geantwortet hätte, hauptsächlich sei sie bespritzt und begossen worden, und von allen Seiten wäre auf sie geschossen worden. Doch lassen wir sie selber sprechen. „Ich fühlte, dass mit einer Spritze in feinen Strahlen auf meine Haut gespritzt wurde, meist wurde die Haut des Kopfes betroffen. Es geschah, wenn ich am Fenster stand, dass ich ein Signal hörte, und da bekam ich auch schon einen Spritzer, oft auch in die Augen, so dass ich nicht sehen konnte. In der ersten Zeit wurde auch der Knochen verletzt, er war roth

und entzündet, und ich hörte auch Schüsse fallen, die mich an dem Arm, an der Brust und anderen Körpertheilen verletzt haben. Auf die Haut der Füsse, besonders der Fersen ist mir etwas aufgestrichen worden, so dass ich acht Tage nicht gehen konnte. Bisweilen bekam ich, wenn ich zu Bett ging, scharfe Spritzungen, die mich betäubten. Jedenfalls waren die Wände hohl und es waren Gänge gegraben, aus denen gespritzt worden ist. Wer mich so verfolgt, weiss ich nicht, ich halte es für eine Strafe, weiss aber nicht, wer das Recht hat, mich so zu strafen."

Sie erzählt dann, dass es auch mit dem ärztlichen Besuche, der ihrer Ueberführung vorangegangen wäre, nicht mit richtigen Dingen zugegangen sei. Man habe eine Frau in die Kleider des ihr bekannten Arztes Doctor H. gesteckt. Sie hat aber an seinen schönen Zähnen erkannt, dass es kein Herr, sondern eine Dame sei. Hier in der Anstalt seien die Nachstellungen zum grössten Theil unterblieben. Doch erfahren wir aus dem Krankenjournal, dass die Kranke sich beklagt hat, während der Nacht an den Genitalien belästigt worden zu sein und einen Schatten gesehen zu haben. Auf der Abtheilung hat sie noch über andere körperliche Misshandlungen geklagt. Zu Hause habe man ihr die Zähne gewaltsam herausgebrochen und die Lippen mit einer schmierigen Substanz zusammengeklebt und fest verschlossen. Brennende Schmerzen im Gesicht, über die sie zeitweise klagt, erklärt sie dadurch, dass sie mit einer ätzenden Substanz übergossen worden sei. Was die Entwickelung der Krankheit betrifft, so haben wir von dem Schwiegersohn der Patientin erfahren, dass sie sich schon seit fünf Jahren in dieser Weise verfolgt glaubt und schon einige Jahre vorher menschenscheu und misstrauisch geworden war und nicht mehr ausging. Zeitweilig hatte sie über Stimmen geklagt, die aus der Wand kämen, ohne sich näher darüber auszusprechen. Aus Misstrauen hatte sie schliesslich das Dienstmädchen abgeschafft und jede Hausarbeit allein versehen. Eines ihrer Enkelkinder hatte sie nicht anerkannt, sondern behauptet, es wäre untergeschoben. Schliesslich hatte sie gedroht, alle Scheiben im Hause einzuschlagen.

Die Kranke leidet offenbar an einem in chronischer Entwickelung befindlichen Verfolgungswahn, und als Grundlage dafür werden wir hauptsächlich eine Reihe krankhafter Sensationen und Tasthallucinationen anzusehen haben. Auch hier bemerkt die Kranke Veränderungen ihres Körpers; aber im Gegensatz zu der vorher vorgestellten Kranken führt sie dieselben auf äussere Einwirkungen zurück und gelangt so neben der somatopsychischen zu einer allo-

psychischen Bewusstseinsfälschung. Den gleichen Verfolgungswahn, aber ganz anderer Entstehungsart, werden wir in dem folgenden Falle antreffen.

Die 50jährige, blühend und wohlgenährt aussehende Büchsenmacherwittwe Frau Reising beklagt sich, dass sie mit List von einem Schutzmann aus der Wohnung gelockt und hierher geführt worden sei. Diese gegen ihren Willen erfolgte Verbringung ins Irrenhaus sei offenbar ein Racheakt der Frau W., die mit dem Polizeicommissär des Districts bekannt sei und mit ihm verkehre. Es wäre ihr so ermöglicht worden, die Polizei für ihre Pläne zu benutzen. Diese Frau W., eine beschäftigte Hebamme, sei ihr seit sechs Jahren bekannt. Da sie, die Patientin, kinderlos sei und sie wahrgenommen habe, dass Frau W. ihre Tochter schlecht behandelt habe — „der Balg wird der Mutter im Wege gewesen sein", schaltet sie hier ein — so habe sie das Kind zu sich genommen, um es zu erziehen. Nach zwei Jahren habe man ihr das Kind ohne Grund wieder weggenommen. Patientin habe inzwischen in Erfahrung gebracht, dass Frau W. einen unmoralischen Lebenswandel führte und eine bösartige, zanksüchtige Person sei. Sie habe nun bald nach der Abholung bemerkt, dass sie in gewissen Wirthshäusern verleumdet sein müsse, unter anderem habe man ihr geschlechtlichen Verkehr mit dem Manne der Frau W. vorgeworfen, bei jeder Gelegenheit hätte man sie beschimpft und belästigt, man habe ihr auf der Strasse ins Gesicht gesagt, sie sei eine Hure und dergleichen mehr. An Allem könne nur die Frau W. Schuld sein, der dies ja auch zuzutrauen sei. Schliesslich habe sie wegen „bösartiger jahrelanger Verfolgung und absichtlicher Ablockung des Kindes" eine Klage eingereicht, wisse aber nicht, was daraus geworden sei. Um endlich Ruhe zu haben, sei sie von hier nach einer kleinen Stadt K. verzogen, habe aber dort bemerkt, dass sie ebenfalls von den Leuten beschimpft wurde. Offenbar habe die W. dahin geschrieben und die Leute aufgewiegelt. Sie sei nun nach Breslau zurückgezogen und habe es hier schlimmer als vorher gefunden. Selbst von kleinen Schulkindern habe sie die Worte Hure, Hillerschnalle und dergleichen mehr gehört, und an Allem sei zweifellos die Hebamme W. Schuld. Vor drei Wochen habe sie sich dann mit einer Beschwerde über die W. an das Polizeipräsidium gewandt, worauf dann, wie sie richtig schildert, ein beamteter Arzt im Auftrage des Polizeipräsidenten sie besucht habe. Sie, die Patientin, fasst jedoch den Vorgang ganz anders auf, sie glaubt, dass der Polizeicommissarius mit jener Frau W. in unerlaubtem Verkehr stehe und von

ihr bestimmt worden sei, sie, eine völlig geistesgesunde Person, ins Irrenhaus zu bringen.

Sie sehen, meine Herren, dass die Frau ihr Wahnsystem mit einem gewissen Anschein der Wahrscheinlichkeit vorzutragen versteht. Sie spricht correct und ihrem Bildungsgrade angemessen und hat einen intelligenten und energischen Gesichtsausdruck. Die Kranke ist jetzt seit drei Monaten in der Anstalt. In der ersten Zeit drängte sie sehr auf Entlassung, wurde bei abschlägiger Antwort leicht erregt und machte häufig Aeusserungen, welche auf eine Fortdauer von Gehörshallucinationen deuteten. Allmählich ist Patientin umgänglich und freundlich geworden und die Gehörshallucinationen scheinen nachgelassen zu haben. Uebrigens weiss sie nichts von „Stimmen", sondern hat augenscheinlich ihre Hallucinationen auf die Personen der Umgebung projicirt.

Ihre Zurückhaltung in der Anstalt erklärt sie daraus, dass die Aerzte nach den Anweisungen der Polizei handeln müssen. Im Uebrigen haben wir ausser zeitweiligen Magenschmerzen keinerlei körperliche Klagen zu hören bekommen. Ihr Körpergewicht hat im Laufe der ersten zwei Monate um sieben Pfund abgenommen und sich seitdem wieder etwas gehoben.

Meine Herren! Die Kranke, Frau Reisig, ist ein typisches Beispiel einer relativ häufig anzutreffenden Form von chronisch fortschreitender Bewusstseinsfälschung. Gehörshallucinationen von kränkendem und bedrohendem Inhalt scheinen die Hauptgrundlage dafür abzugeben, so dass wir vorläufig berechtigt sind, eine besondere Form der allopsychischen Bewusstseinsfälschung zu statuiren. Später werden wir zu einem eingehenderen Verständniss des Falles gelangen.

Elfte Vorlesung.

Innere Verwandtschaft der abgelaufenen sogen. „alten“ Fälle und der chronischen Psychosen. Erklärungswahnideen autopsychischer, allopsychischer und somatopsychischer Entstehung. Autochthone Ideen und Hallucinationen.

Meine Herren!

Ehe wir neue Kranke kennen lernen, ist es nöthig, bei den schon vorgestellten Kranken, so lange sie noch frisch in Ihrer Erinnerung sind, etwas zu verweilen. Zunächst wollen wir die Frage der Nomenclatur ins Auge fassen. Nach der jetzt herrschenden Namengebung würden sämmtliche Kranke Beispiele von chronischer Verrücktheit oder Paranoia sein. Nur würde, wenn wir das so verstehen wollten, dass die Paranoia eine wohl charakterisirte klinische Krankheitsform wäre, damit der grössten Verwirrung der Begriffe Thür und Thor geöffnet, denn die Fälle zeigen unter einander die grössten Verschiedenheiten. Wir vermeiden dieses Missverständniss, wenn wir von paranoischen Zuständen reden und darunter alle diejenigen chronischen Geistesstörungen verstehen, bei denen uns eine Fälschung des Bewusstseinsinhaltes bei wohl erhaltener Bewusstseinsthätigkeit entgegentritt. Damit glauben wir der von älteren Autoren vielfach vertretenen Anschauung gerecht zu werden, dass unter Paranoia eine vorherrschende Störung der Verstandesthätigkeit verstanden werden sollte. Mit dieser weitesten Begriffsbestimmung ist es wohl verträglich, dass die Fälle unter einander so auffällige Verschiedenheiten nicht nur hinsichtlich des gegenwärtigen Befundes, sondern auch in ihrer Entstehungsgeschichte aufzuweisen haben. Was die Verschiedenheit der zur Zeit vorhandenen Krankheitsbilder betrifft, so könnten wir sie leicht durch zutreffende Namen näher charakterisiren, wenn wir die Bezeichnungen Autopsychosen, Allopsychosen und

Somatopsychosen und Combinationen zwischen denselben verwenden wollen. Für eine inhaltliche Bewusstseinsfälschung, welche alle drei Bewusstseinsgebiete umfasst, würde denn der Name totale Psychose, für eine solche, welche ein Theilgebiet ganz überwiegend befallen hat, der betreffende Name mit dem Zusatz combinirt geeignet sein. Nach dieser Gruppirung würde der zuerst vorgestellte Gärtner Rother ein Beispiel von totaler chronischer Psychose sein, die Frau Reisewitz wäre als chronische Autallopsychose, die Kranke Tscheike als chronische Autosomatopsychose, der Fall Biega als reine chronische Somatopsychose, die Frau Schmidt als combinirte chronische Allosomatopsychose, Frau Reising als chronische Allopsychose zu bezeichnen sein. Durch den Zusatz „residuär“ liesse sich dann noch diejenige Gruppe von Krankheitsfällen, bei denen der Krankheitsprocess schon seit längerer oder kürzerer Zeit als abgelaufen zu betrachten ist, und zu denen auch die Heilungen ohne Krankheitseinsicht gehören, in ihrer besonderen Bedeutung herausheben.

Die Nothwendigkeit dieser letzteren Unterscheidung lässt sich indessen für die Wahl einer anderen etwas vereinfachten Nomenclatur ins Feld führen. Es wäre nämlich vielleicht zweckmässig, den Namen chronische Geistesstörung ausschliesslich für die residuären Fälle zu reserviren und den Namen Psychose mit den betreffenden Wortcombinationen nur auf die noch im Ablauf befindlichen Fälle von Geistesstörung anzuwenden. Wenn wir diese Namengebung bevorzugen, so gehören in das Gebiet der chronischen residuären Geistesstörung sämmtliche Fälle von relativer Heilung (ohne Krankheitseinsicht) und die beiden Kranken Rother und Tscheike, in das Gebiet der eigentlichen chronischen Psychosen alle übrigen vorgestellten oder nur erwähnten Krankheitsfälle. Alle Psychosen, die nicht zur Heilung, wohl aber zum Stillstand gelangen, treten mit dieser Auffassung in das Gebiet der chronischen Geistesstörung ein.

Meine Herren! Wenn eine derartige Unterscheidung, wie wir sie soeben als klinisches Erforderniss anerkennen mussten, doch gemacht werden muss, so werden Sie die Frage an mich richten, ob es nicht zweckmässiger gewesen wäre, die abgelaufenen Fälle von vorn herein gesondert zu behandeln und die chronischen Psychosen ebenfalls. Nun wird Ihnen aber aus meinen einleitenden Bemerkungen noch frisch erinnerlich sein, dass das Kennzeichen der Bewusstseinsfälschung beiden Kategorien von Geistesstörung zukommt, und wenn Sie allmählich alle Insassen unserer Klinik

kennen lernen werden, so werden Sie eine ganze Anzahl von Kranken finden, bei denen eine augenblickliche Unterscheidung, welcher von beiden Kategorien sie angehören, gar nicht möglich ist, weil uns die Nachrichten über die Vergangenheit der Kranken fehlen. Aber auch wenn es gelingt, ausführliche Nachrichten zu erhalten, so reichen diese oft so weit zurück, dass Ungenauigkeiten und Entstellungen unvermeidlich erscheinen und deshalb ebenso wie in Folge der selbstverständlichen Mangelhaftigkeit der Laienbeobachtung die nachträgliche Feststellung und Entscheidung zwischen beiden Krankheitsgruppen nicht mehr gelingt. Es entspricht daher einem Bedürfniss der Praxis, alle diese „alten Fälle“ zu einer einzigen grossen Krankheitsgruppe, der der paranoischen Zustände, zu vereinigen.

Geht man nun aber tiefer auf den Sachverhalt ein, so begreifen wir auch den Grund dieses unstreitig vorhandenen inneren Zusammenhanges. Gestatten Sie mir, den für mich entscheidenden Gesichtspunkt anzudeuten, wenn es auch unmöglich ist, ihn an dieser Stelle mit der Breite zu behandeln, die er durch sein theoretisches Interesse verdienen würde.

Der Inhalt unseres Bewusstseins ist Ihnen in den einleitenden Vorlesungen als etwas Erworbenes, und zwar durch die Function des Bewusstseinsorganes Erworbenes dargestellt worden. Jeder neue Erwerb entsprach einer ganz bestimmten Anordnung von zusammen functionirenden associativen Elementen. Die Festigkeit dieser functionellen Verknüpfungen hatten wir als verschieden kennen gelernt, je nach der Häufigkeit, mit der sie in Function getreten waren. Dass aber diese Festigkeit in verhältnissmässig hohem Grade auch den complicirtesten associativen Verknüpfungen zukommt, mussten wir daraus folgern, dass wir der Gedankenthätigkeit des normalen entwickelten Menschen ganz allgemein einen geregelten, geordneten Ablauf und eine Gesetzmässigkeit zuerkennen mussten. Wir werden demzufolge nicht zu kühn schliessen, wenn wir annehmen, dass beim Anklingen der gleichen Combination von associativen Elementen immer der gleiche psychische Vorgang erfolgt, und dass in diesem Sinne der Satz von der specifischen Energie der Sinneselemente auf das ganze Associationsorgan übertragen werden darf. Die Art und Weise, wie die Function derartig localisirter associativer Verknüpfungen ausgelöst wird, ist dann verhältnissmässig ohne Belang, es kann unter Umständen ein krankhafter innerer Reiz je nach dessen Localisation verschiedene psychische Processe auslösen. Durch diese Be-

trachtung gewinnen alle inhaltlichen Veränderungen des Bewusstseins den Werth von Heerdsymptomen, die natürlich eine verschiedene klinische Dignität haben, je nachdem sie dem Reiz- oder dem Lähmungszustande entsprechen, im Uebrigen aber sich ebenso verhalten werden, wie die uns bekannteren Heerdsymptome der Gehirnkrankheiten.

Halten wir uns an ein Beispiel aus dem Gebiete der Gehirnkrankheiten. Eine grosse Hirnblutung aus der bekannten Randarterie des Linsenkerns oder eine Embolie der art. f. S. machen in der Zeit der acuten Krankheit ausser einer Hemiplegie noch eine Reihe schwerer Begleitsymptome, die als Nebenwirkungen der örtlichen Gehirnverletzung aufzufassen sind. Als Folge der directen Zerstörung bleibt später der residuäre Zustand der Hemiplegie auf die Dauer zurück, die Nebenwirkungen des Heerdes aber verschwinden. Genau derselbe Befund einer Hemiplegie kann aber zu Stande kommen, wenn ein langsam wachsender Tumor oder eine chronische Gehirnerweichung nur an Ort und Stelle zerstörend wirkt, gewöhnlich in der Weise, dass zuerst ganz langsam eine Monoplegie entsteht, z. B. des Beines, dann eine Monoplegie des Armes und dann des Faciolingualgebietes darauf folgt, so dass schliesslich eine Hemiplegie resultirt. Entsprechend diesem chronisch anwachsenden Verlauf können schwerere Allgemeinerscheinungen vollständig fehlen. Der Ort der Gehirnzerstörung aber ist in beiden Fällen der gleiche, und damit ist die Berechtigung dargethan, den residuären Heerd mit dem chronisch entstandenen Heerde zu vergleichen. Genau ebenso werden wir berechtigt sein, die residuären inhaltlichen Veränderungen hinsichtlich der Localisation des Processes den inhaltlichen Veränderungen der chronisch ablaufenden Psychosen gleich zu stellen.

Meine Herren! So lehrreich der Vergleich, den wir dem Gebiete der Gehirnkrankheiten entnommen haben, sich erwiesen hat, so lässt uns die Analogie doch im Stich, wenn wir sie auf eine andere wichtige Frage anwenden wollen, der wir schon jetzt nicht aus dem Wege gehen können. Wann ist eine Geisteskrankheit, abgesehen von dem Falle der Heilung, als abgelaufen, wann als noch bestehend oder in Zunahme begriffen zu betrachten? Bei der residuären Hemiplegie kann ein Zweifel in dieser Hinsicht nicht entstehen. Bei den Geisteskrankheiten dagegen besteht thatsächlich oft eine grosse Schwierigkeit, es zu entscheiden, und ich selbst habe schon darauf hingewiesen[1]), dass in Fällen, die sonst als abgelaufen

---

1) Vgl. S. 86.

gelten könnten, neue psychotische Symptome, dem Erklärungswahn angehörig, auftreten und praktisch von der grössten Bedeutung werden können. Ich muss hier bald bemerken, dass dieser Erklärungswahn nur selten auf die einmal gefassten Wahnideen (meist der Verfolgung, s. oben), beschränkt bleibt, sondern oft in consequentester Weise fortgebildet wird und immer neue Wahnideen aus sich entstehen lässt. Gerade dies ist der Vorgang, der als sogenannte Systematisirung von jeher als ein Zeichen der Unheilbarkeit gegolten hat — wenn auch mit Unrecht, wie wir später sehen werden. Sollen wir nun etwa glauben, dass dieses Fortschreiten des Wahnes einem Fortschreiten des Krankheitsprocesses parallel geht? Wie ich schon oben angedeutet habe, ist dies nicht ohne Weiteres anzunehmen, wir müssen vielmehr anerkennen, dass eine einmal gesetzte inhaltliche Veränderung des Bewusstseins für das ganze weitere geistige Leben des Individuums von den verhängnissvollsten Folgen sein kann, ohne dass neue krankhafte Vorgänge im Gehirn dabei mitzuspielen brauchen, vielleicht im Gegentheil gerade deshalb, weil ein normaler Ablauf der Gedankenthätigkeit und eine strenge Logik dem Individuum erhalten geblieben ist. Auf diese Wirkung einer einmal gesetzten inhaltlichen Veränderung des Bewusstseins, die Entstehung von Erklärungswahnideen, müssen wir bald die gebührende Rücksicht nehmen.

Meine Herren! Es würde zu weit führen und hiesse thatsächlich einen grossen Theil der klinischen Krankheitslehre vorwegnehmen, wenn ich schon hier den Erklärungswahn in seinem ganzen Umfange behandeln wollte. Es genüge der Hinweis darauf, dass fast jedes einzelne der acuten Krankheitssymptome, welche wir später noch kennen lernen werden, zur Quelle von Erklärungswahnideen werden kann. Von den Erklärungswahnideen der paranoischen Zustände seien hier nur gewisse Kategorien angedeutet. Wir folgen dabei dem Gesichtspunkt, dass sie uns theils zum Verständniss der vorgestellten Fälle erforderlich sind, theils zur Erkenntniss eines pathologischen Principes, einer für die Klinik der Geisteskrankheiten nothwendigen und unentbehrlichen Hypothese, führen sollen.

Von einer fast unbeschreiblichen Mannigfaltigkeit ist das Gebiet der somatopsychischen Erklärungswahnideen. Ein Beispiel davon haben wir oben in der Kranken Tscheike kennen gelernt. Concipirt zur Zeit, wo die vermeintlichen Veränderungen des Körpers gefühlt werden, bleiben sie selten so harmloser Art wie bei der naiven Verehrerin Häckels. Die Veränderungen, welche der Körper vermeintlich erlitten hat, werden vielmehr ganz gewöhnlich als Wir-

kung äusserer Beeinflussung aufgefasst und lenken den Groll und Hass des Kranken auf Personen oder Institutionen. Ich erinnere Sie an die Kranke Frau Schmidt. Ein anderer Kranker der Art, den ich Ihnen kürzlich vorgestellt habe, äusserte seine Entrüstung in der drastischen Weise, dass er meinte, durch diese Behandlungsweise werde er geradezu zum Schwein degradirt, er nannte sich wiederholt ein Schwein, ohne darüber einen Zweifel zu lassen, dass er damit nicht etwa eine wirkliche Veränderung seines Körpers meinte, sondern nur die eben angedeutete übertragene Bedeutung damit verknüpfte. Die wirkliche Veränderung des Körpers, worüber er hauptsächlich klagte, bestand darin, dass sein Kopf durch Application von Hammerschlägen geteilt worden wäre: das Gesicht nach unten gerutscht, die Schädeldecke nach oben verschoben, dabei der ganze Kopf breiter geworden wäre. Die ganze Veränderung habe sich ziemlich rasch in einer Nacht vollzogen. Diese Veränderungen habe man mit ihm vorgenommen; wie sie zu bewerkstelligen seien, müsse er den Aerzten überlassen, er sei Laie. Es ist Ihnen wohl noch genau erinnerlich, mit welcher Klarheit dieser intelligente Kranke, ein 27jähriger Kaufmann, der seit drei Jahren geisteskrank war, seinen Erklärungswahn hinsichtlich der Motive dazu entwickelte. Er schwankte zwischen drei verschiedenen Annahmen. Am wahrscheinlichsten erschien es ihm, dass man ihn verrückt machen und auf diese Weise beseitigen wollte. Meine darauf hin gestellte Frage, ob er denn geisteskrank sei, beantwortete er, wie Ihnen erinnerlich, damit, dass er dies für sehr wohl möglich erklärte. Die andere Erklärung, zu der er neigte, war die, dass die körperlichen Misshandlungen den Zweck hätten, ihn zu prüfen und auf einen hohen Beruf vorzubereiten. Speciell sollte vielleicht die Entstellung seines Kopfes dazu dienen, ihm die äussere Erscheinung einer hochgestellten Person, des Herzogs von Sagan, zu verleihen. Entrüstet fügte er hinzu: „Den Namen nehme ich aber nicht an, denn dann wäre ich wirklich ein Schwein nach meinem innersten Gefühl.“ Auch eine dritte Möglichkeit schwebte dem Kranken vor, die nämlich, dass der Zweck solcher Manipulationen der sei, andere Leute zu unterhalten und zu amüsiren. „Die ganze Sache ist vielleicht ein Menschenspiel oder Morespiel oder ein Theater.“ Bei Aufstellung dieser drei Möglichkeiten rechnet er mit der für ihn unzweifelhaften Annahme, dass ein ganzes Komplott gegen ihn existire. Meine Herren! Es unterliegt keinem Zweifel, dass ich Ihnen denselben Kranken in einigen Semestern im Besitz der gleichen wohl erhaltenen formalen Logik und Dialektik

wieder vorstellen kann, und dass er dann nicht mehr zwischen verschiedenen Möglichkeiten hin und her schwankt, sondern ein fest fundirtes einheitliches Wahnsystem darbieten wird. Ob dieses einer der jetzt noch angezweifelten Möglichkeiten entsprechen oder vielmehr ein neues bei weitem complicirteres Wahngebäude sein wird, lässt sich jetzt noch nicht entscheiden. Wahrscheinlicher ist mir die letztere Annahme, denn wir sehen den Kranken noch jetzt der steten Belehrung durch neue psychotische Erlebnisse zugänglich. Nicht immer bietet sich uns die Gelegenheit, den Vorgang der Systematisirung gewissermaassen mit anschauen zu können, wie es bei diesem Kranken in Folge seines Bildungsgrades, seiner wohl erhaltenen Logik und Besonnenheit und der Bereitwilligkeit, sich mitzutheilen, gelungen ist. Meist hat man nur mit der fertigen Thatsache der Erklärungswahnidee zu rechnen, ohne dass aber nach dem Inhalt der Idee ein Zweifel an ihrer Bedeutung gestattet wäre. Ich mache nur auf eine der häufigsten somatopsychischen Erklärungswahnideen schon jetzt aufmerksam, weil sie von grosser praktischer Tragweite ist. Es sind mit Vorliebe die Personen der nächsten Umgebung (z. B. Angehörige) oder die Einrichtungen der Anstalt, welchen die Schuld an den körperlichen Qualen zugeschoben wird. Bei einem Kranken der Art, von solcher Umgrenztheit der inhaltlichen Bewusstseinsänderung, dass er von manchen Aerzten nur als Hypochonder, d. h. an einer Neurose, nicht an einer Psychose leidend angesehen wurde,[1]) wurde der Ehefrau die Schuld beigemessen, und sie musste schliesslich die Trennung herbeiführen, um sich vor seinen wörtlichen und thätlichen Misshandlungen zu schützen. Bei einem anderen Kranken wurde das unstreitig vorhandene allgemeine Uebelbefinden den Einrichtungen der Anstalt zugeschoben, sein ganzes Denken und Trachten war in Folge dessen darauf gerichtet, in eine andere Anstalt zu kommen, da er sich doch viel zu krank fühlte, um den Anstaltsaufenthalt ganz entbehren zu können.

Von autopsychischen Erklärungswahnideen haben wir schon oben bei der Kranken Tscheike ein Beispiel gefunden. Sie behauptete, seit der Krankheit doppelt zu denken, worunter sie hauptsächlich die zu ihrer Küchenthätigkeit neu hinzuerworbene Fähigkeit verstand, über gelehrte, politische und dergleichen Dinge zu raisonniren.

Eine der wichtigsten Reihen von Erklärungswahnideen autopsychischer Entstehung knüpft sich an das Phänomen der, wie

---

1) Näheres darüber s. später.

wir sie nennen wollen, autochthonen Ideen. Die Kranken bemerken das Auftauchen von als ihnen fremd, nicht ihnen gehörig empfundenen, d. h. wohl nicht auf dem gewohnten Wege der Association entstandenen Gedanken. Die Deutung dieses Symptomes bietet uns keine Schwierigkeiten, da sie genau das sind, was wir von einem an einer bestimmten Oertlichkeit des Associationsorganes wirkenden krankhaften Reize erwarten können. Wir können annehmen, dass ein solcher krankhafter Reiz stärker ist als der normale Erregungsvorgang bei der Associationsthätigkeit, dass er in Folge dessen den Gipfel der psycho-physischen Erregungswelle für sich in Anspruch nimmt und den sonstigen geordneten und normalen Gedankenablauf stört. Jedenfalls wird die Aufmerksamkeit zwangsweise den autochthonen Ideen zugerichtet, und sie werden als lästige Eindringlinge empfunden. Sie stehen in dieser Beziehung den ebenfalls lästig empfundenen sogenannten Zwangsvorstellungen nahe, unterscheiden sich jedoch dadurch, dass letztere niemals als fremd, der Persönlichkeit nicht angehörig empfunden werden und in Folge dessen auch nicht die verhängnissvolle Bedeutung für das ganze Geistesleben erlangen wie die autochthonen Gedanken. Abgesehen davon, dass die durch die autochthonen Ideen bedingte Associationsstörung von vielen Kranken, namentlich feiner organisirten Persönlichkeiten, ebenso quälend und oft noch quälender empfunden wird als körperliche Gefühle und Schmerzen, werden sie auch fast ausnahmslos zu einem ergiebigen Quell autopsychischer Erklärungswahnideen. So objective Beobachter, dass eben nur das Fremde der auftauchenden Gedanken empfunden und keine abenteuerliche Deutung daran geknüpft wird, giebt es unter den Geisteskranken nur ausnahmsweise.[1]) Fast immer sind diese Gedanken „gemacht, eingejagt, eingegeben“, wohl auch „abgezogen“, von wem und auf welche Weise, richtet sich ganz nach der Individualität der Kranken und nach dem davon ja nicht unabhängigen Inhalt der autochthonen Ideen. Fromme Gedanken werden von Gott, böse vom Teufel eingegeben, aufgeklärtere Geister rechnen mit physikalischen Hülfsmitteln, deren Handhabung sie gewöhnlich den Aerzten zutrauen. So verhielt es sich auch mit dem Kaufmann, dessen somatopsychischer Erklärungswahn uns eben beschäftigt hat, er klagte über „fremde Gedanken“, unter denen sein Verstand leide, und ganz be-

---

1) Dennoch giebt es solche, wie mich erst vor Kurzem ein Krankheitsfall belehrt hat. Die autochthonen Gedanken waren hier das einzige psychotische Symptom und klangen wieder ab, ohne dass sich Erklärungswahnideen daran knüpften.

sonders, dass er dadurch im Schlafe gestört und schon bald im Beginn seiner Krankheit zu seiner Berufsarbeit unfähig geworden wäre. Auch die Richtung, woher ihm die Gedanken „eingejagt“ würden, wusste er anzugeben, wahrscheinlich wohl in Folge gleichzeitiger abnormer körperlicher Sensationen, es geschah von oben, von der Zimmerdecke her. Auf der Höhe der Situation zeigte sich der Kranke in so fern, als er vermuthungsweise die Gedanken durch Suggestion und Hypnotismus erklärte, nur dass der Act des Hypnotisirens an ihm unbemerkt und wider seinen Willen vorgenommen würde. Es ist Ihnen wohl noch erinnerlich, wie schwer es mir wurde, den Kranken zur Auskunft über diese Gedanken zu bewegen, erst auf langes Bitten meinerseits liess er sich dazu herab. Der Grund seiner Weigerung war, dass mir seine Gedanken ohnedies bekannt wären. Auf diese Erscheinung des sogenannten „Gedankenlautwerdens“ [1]) werden wir auch noch aus anderer Herleitung stossen. Es gehört zu den häufigsten Erklärungswahnideen für das Symptom der autochthonen Gedanken, dass die Kranken in den Aerzten die Urheber dieser Gedanken erblicken und deshalb voraussetzen, dass sie ihnen schon bekannt sein müssten. Die so häufig von schweigsamen Kranken gehörte Antwort: „Das wissen Sie ja schon“ oder „Das wissen Sie selbst viel besser“ hat meist diesen Inhalt.

Meine Herren! Sie können an diesem Beispiel ersehen, von welchem Einfluss das Zeitalter, in dem wir leben, auf den speciellen Inhalt aller Erklärungswahnvorstellungen sein muss. Wir haben jetzt nicht weniger als drei chronische Kranke in der Klinik, deren Erklärungswahn sich auf den Lehren des Hypnotismus und der Suggestion aufbaut. Im Mittelalter, als religiöse Vorstellungen, Wunderglaube und Aberglaube die Geister beherrschten, war auch ein entsprechender Inhalt des Erklärungswahnes die Regel, wofür Sie in den erpressten Geständnissen der unglücklichen Opfer zahlreicher Hexenprocesse die sprechendsten Beispiele finden können.

Dieselbe Abhängigkeit des speciellen Inhaltes der Wahnideen von den beherrschenden Ideen des Zeitalters finden wir besonders ausgeprägt bei den allopsychischen Erklärungswahnideen. Das Elementarsymptom, welches hier den häufigsten Ausgangspunkt für Erklärungswahnideen bildet, ist das der Sinnestäuschungen, worunter man sowohl Hallucinationen als Illusionen versteht. Die Sinnestäuschungen werden in unserem Sinne als psycho-sensorische

---

1) Dieser üblich gewordene Name rührt von Cramer her. Die Hallucinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken. Freiburg 1889.

Hyperaesthesien und Paraesthesien zu definiren sein, ein näheres Eingehen darauf muss ich mir auf später versparen. Ihr Effekt ist immer, dass der Bewusstseinsinhalt um eine Anzahl falscher Glieder, die dem allopsychischen Gebiete angehören, vermehrt und dadurch gefälscht wird. Von dem Kranken werden sie meist als befremdende, die Erklärung herausfordernde Erscheinungen aufgefasst, an deren Realität jedoch, aus Gründen, die wir später kennen lernen werden, gewöhnlich nicht gezweifelt wird. Die Erklärung geschieht gewöhnlich durch die Annahme physikalischer Hülfsmittel, deren sich irgendwelche Feinde und Verfolger, in selteneren Fällen auch Freunde und Gönner bedienen. Die Art dieser Hülfsmittel ist nach der Individualität verschieden, und das darauf gebaute System entspricht genau dem Bildungsgrade der Kranken. Zur Erklärung akustischer Hallucinationen wird von ungebildeten Leuten immer noch am häufigsten von einer Vorrichtung Gebrauch gemacht, die dem einfachen Sprachrohr entspricht: es sind entweder Löcher durch die Wand gebohrt, oder die Wände sind an sich hohl, es bestehen unterirdische Gänge und dergleichen mehr. Eine Zeit lang spielte bei Allen, die nur davon läuten gehört hatten, der Telegraph dieselbe Rolle, und jetzt ist er fast allgemein vom Telephon abgelöst. Für den physikalisch Gebildeten macht auch das Fehlen sichtbarer Drähte jetzt keine Schwierigkeit mehr, seitdem die Herz'schen Versuche die Fortpflanzung der Elektricität durch den leeren Raum dargethan haben. Optische Sinnestäuschungen werden auf mehr oder weniger complicirte optische Instrumente zurückgeführt, überwiegend sind auch hier noch einfachere Spiegelvorrichtungen und Projectionsapparate. Tactile Hallucinationen führen zur Vorstellung, angespritzt oder bestreut zu werden, natürlich meist mit schädlichen Substanzen, und sind es prickelnde Sensationen, so wissen die Meisten, dass es sich um die Einwirkung der Elektricität handelt. Auch die Empfindung von Stichen, des Angegriffen- und Betastetwerdens an den verschiedensten Körperstellen und dergleichen mehr wird von den Kranken nach aussen projicirt. Geruchs- und Geschmackstäuschungen werden ebenfalls je nach den Kenntnissen, der Gedankenrichtung des Individuums und den vermeintlichen Wirkungen verschieden, meist aber als schädlich oder giftig gedeutet. Der sogenannte physikalische Verfolgungswahn, von dem Sie in der Kranken Schmidt ein Beispiel kennen gelernt haben, beruht, wie Sie sehen, auf derartigen Erklärungsversuchen, wir werden ihn deshalb auch nicht als eine klinische Krankheitsform oder wenigstens nur in demselben Sinne wie jede andere Art des Erklärungswahnes gelten lassen. Es müssen ganz andere Kriterien

sein, die dem so begründeten Verfolgungswahn seine bestimmte Stellung in der Krankheitslehre anweisen. Dies geht schon aus der einen Thatsache hervor, dass in selteneren Fällen die gleichen Hallucinationen auch in einem günstigen Sinne gedeutet werden können, als Mittel, Rathschläge zu ertheilen, eine Beaufsichtigung zu üben, den Körper zu behandeln, abzuhärten, gegen Schädlichkeiten zu stählen und dergleichen mehr. Dies kann nicht etwa allein auf dem individuell verschieden gefärbten Inhalt der Hallucinationen beruhen, denn wir werden allmählich die Erfahrung machen, dass dieser Inhalt selbst kein zufälliger, sondern je nach der vorliegenden Krankheitsform verschieden und dadurch gesetzmässig bestimmt ist.

Zwölfte Vorlesung.

Sejunctionshypothese und Versuch einer Erklärung der pathologischen Reizsymptome. Erklärungswahnideen in Folge von Motilitätssymptomen und von an sich normalen Functionen.

Meine Herren!

Die Besprechung der soeben erörterten allopsychischen Erklärungswahnideen war schon hier nicht zu umgehen, weil ein grosser Theil der chronischen Psychosen, sei es zeitweilig, sei es dauernd, mit Sinnestäuschungen behaftet ist, im ersteren Falle allerdings mit der Bedeutung, dass sie Krankheitsperioden von etwas acuterer Färbung entsprechen. Dazu kommt aber noch der zweite Grund, dass auch in Fällen residuärer chronischer Geistesstörung die Sinnestäuschungen bald dauernd, bald nur zeitweilig oder auf bestimmte Anlässe auftretend, fortbestehen können. Dies scheint allen unseren Voraussetzungen zu widersprechen, denn gerade in den Sinnestäuschungen ist die Bewusstseinsthätigkeit aufs Augenfälligste gestört, und wir hatten doch angenommen, dass in den residuären paranoischen Zuständen die Bewusstseinsthätigkeit zur Norm zurückgekehrt sei. Sollte es denn nicht, werden wir uns fragen, das sichere Zeichen eines noch floriden, in der Entwickelung begriffenen Krankheitsprocesses sein, wenn eine chronische Geistesstörung mit Sinnestäuschungen einhergeht? Meine Herren! Schon dass diese Frage aufgeworfen werden kann, beweist Ihnen die Schwierigkeit, die uns thatsächlich oft entgegentritt, zwischen residuärer Geistesstörung und chronischen Psychosen zu entscheiden.

Wir werden gut thun, einer Antwort darauf auszuweichen, bis ich eine Hypothese zur Sprache gebracht habe, die meines Erachtens allein uns das tiefere Verständniss für das Wesen aller Geisteskrankheiten erschliessen kann. Ich knüpfe hier an den ersten Kranken

an, den Gärtner Rother, welcher, nebenbei gesagt, ebenfalls zeitweilig, wenn auch nur ganz selten, an Sinnestäuschungen leidet. Wie ist es möglich, fragen wir uns, dass in demselben Kopfe neben einander eine solche Unmasse falscher Vorstellungen und von Urtheilen, die sowohl unter einander als mit der Wirklichkeit in so crassem Widerspruch stehen, bestehen können, und zwar bei wohl erhaltener formaler Logik, anscheinender Besonnenheit und im Ganzen richtiger Auffassung der Situation? Nun, meine Herren, der Thatsache gegenüber, die doch nicht zu läugnen ist, und nach der Entstehungsgeschichte des augenblicklichen Zustandes kann die Antwort nicht zweifelhaft sein: es war die acute Geisteskrankheit, welche diese Lockerung in dem festen Gefüge der Associationen herbeigeführt hat. Wir wollen diesen Vorgang der Loslösung mit einem entsprechenden Namen als Sejunction bezeichnen und werden nicht umhin können, darin einen Defect zu erblicken, eine Continuitätstrennung, welche dem Ausfall gewisser Associationsleistungen entsprechen muss. Denn dass im Gehirn die verschiedenen Vorstellungen und Vorstellungscomplexe kein blosses Nebeneinander bilden, sondern zu grösseren Verbänden und schliesslich der Einheit des Ich zusammengefasst werden, kann in letzter Linie nur auf Associationsleistungen beruhen. Gerade der Umstand, dass sich der Kranke des Widerspruchs zwischen seinen verschiedenen falschen Vorstellungen nicht bewusst ist, deutet darauf hin, dass die Zusammenfassung aller höheren Verbände zu einer Einheit, dem Ich, aufgehört hat. Der Mann besteht gewissermaassen gleichzeitig aus einer Anzahl verschiedener Persönlichkeiten, wir könnten seinen Zustand dreist als „Zerfall der Individualität“ bezeichnen. Dass dies in seinem äusseren Wesen, namentlich in seiner Berufsthätigkeit, so wenig zum Vorschein kommt, ist wohl zufällig und von den geringen Anforderungen abhängig, die die Berufsthätigkeit in diesem Falle an die ganze Persönlichkeit stellt. Die eintönige Beschäftigung des Gärtners steht in dieser Beziehung anderen Berufsarten nahe, wie der des Landarbeiters, vieler Fabrikarbeiter und überhaupt einseitig manuell und nach bestimmten Schablonen beschäftigter Menschen. Handelte es sich um einen Beruf, der die Einsetzung einer ganzen complicirten Persönlichkeit erfordert, wie z. B. den des Richters, des Arztes, des Industriellen, so würde der Zerfall der Persönlichkeit sich auch in der Berufsthätigkeit fortwährend offenbaren.

Meine Herren! Wir werden später sehen, dass die Mehrzahl aller jener Zeichen gestörter secundärer Identification, welche die Symptome der acuten Geisteskrankheiten bilden, durch die Annahme

des gleichen Sejunctionsvorganges erklärbar sind. Auch die Veränderungen des Bewusstseinsinhaltes, welche als Folgen dieser Identificationsstörungen zurückbleiben können, lassen sich somit auf Sejunction zurückführen.

Wir wissen aber ferner, dass es ausser der Heilung und dem Zurückbleiben inhaltlicher Veränderungen noch einen dritten Ausgang der acuten Geisteskrankheiten giebt, der in Demenz oder Blödsinn verschiedenen Grades. Die Demenz aber werden wir, wie wir noch später sehen werden, ebenfalls von dem Sejunctionsvorgange herzuleiten haben, denn wir können sie je nachdem nur als einen Ausfall oder eine Herabsetzung der Associationsthätigkeit definiren.

Vor dem Ausgange in definitive Heilung lässt sich bei den acuten Geisteskrankheiten häufig ein bald kürzer, bald länger dauerndes Stadium beobachten, welches nach Abklingen der acuten Krankheitsperiode gewissermaassen das Ergebniss derselben in Form sei es inhaltlicher Veränderungen, sei es einer quantitativen Abnahme der Associationsleistungen zur Darstellung bringt. Dieses, sei es paranoische sei es demente, Stadium der acuten Geisteskrankheiten ist also der Restitution zugänglich.

Alle diese Erwägungen drängen darauf hin, in dem Sejunctionsvorgange das eigentliche Wesen der acuten Geisteskrankheiten zu erblicken. Wie das Beispiel Rother lehrt, ist die stattgehabte Sejunction in vielen alten Fällen ohne Weiteres demonstrirbar. In anderen Fällen lässt die unverkennbare Progression in der inhaltlichen Veränderung auf denselben chronisch ablaufenden Process schliessen, obwohl er sich weniger augenfällig vollzieht. Von dem Umfange, in welchem die Sejunction stattfindet, wird es dann abhängen, ob das Krankheitsbild schliesslich in einen Defectzustand, die Demenz, übergeht.

Meine Herren! Wir sehen so, dass die Sejunctionshypothese uns ebensowohl für die acuten wie die chronischen Geistesstörungen den Schlüssel des Verständnisses bietet, wenigstens für diejenigen wichtigsten Erscheinungen derselben, die wir den Ausfallssymptomen der Gehirnkrankheiten gleich setzen können. Es ist aber unverkennbar, dass eine Reihe anderer Symptome dadurch noch keine Erklärung findet, ich meine diejenigen, die wir als Reizsymptome aufzufassen haben, wie die Hallucinationen. Ueber diese giebt uns auch die doch besser erforschte Pathologie der organischen Gehirnkrankheiten keinen Aufschluss, denn selbst die geläufigsten Reizsymptome auf diesem Gebiet, die localisirten Krämpfe und Contracturen, sind uns hinsichtlich ihrer Genese noch vollständig un-

bekannt. Nur so viel lernen wir aus den Gehirnkrankheiten, dass diese Reizsymptome fast ausnahmslos an Ausfallserscheinungen geknüpft sind und erst dadurch ihre klinische Dignität gewinnen. In irgend einer Form dürfte deshalb auch ein causaler Zusammenhang zwischen Ausfallssymptomen und Reizerscheinungen anzunehmen sein. Nun, meine Herren, in unserem Gebiete steht es in so fern anders, als gewisse Reizerscheinungen wie die Hallucinationen zu den wichtigsten und oft genug anscheinend selbstständig auftretenden Symptomen der Geisteskrankheiten gehören. Sollte nicht der Versuch gerechtfertigt sein, auch für sie eine bestimmte Abhängigkeit von Ausfallssymptomen, d. h. hier dem Vorgange der Sejunction nachzuweisen? Dies ist in der That ein Erforderniss, welches uns durch die Erfahrungen der Klinik geradezu aufgezwungen wird; denn wir kennen Geisteskrankheiten, welche fast ausschliesslich und in ihrem ganzen Verlaufe nur derartige Reizsymptome darbieten und doch zu demselben verhängnissvollen Ausgange der Inhaltsfälschung oder Demenz gelangen. Mit dem Verlöschen der Reizsymptome offenbart sich uns dann ein Defect in oft ungeahntem Umfange. Man wird deshalb bei aller Vorsicht mindestens so viel sagen können, dass der Vorgang der Sejunction mit Reizsymptomen einhergehen und durch sie verdeckt werden kann. Es liegt nun ganz im Rahmen der herrschenden Vorstellungen über Krankheitsvorgänge, die die Nerven zerstören, dass sie zugleich als Reiz auf die Nerven wirken: die herrschende Theorie der Reizwirkung steht ja ganz auf diesem Boden. Für die Ganglienzellen herrscht wohl dieselbe Anschauung. Der zeitliche Ablauf des zur Tödtung der Nerven führenden Vorganges würde dann als maassgebend für die Entstehung von Reizwirkungen zu gelten haben. Vielleicht aber ist auch eine etwas bestimmter zu fassende, rein mechanische Auffassung der Reizwirkung möglich. Wie Sie sich erinnern, haben wir die Gedankenthätigkeit als eine Form der Bewegung betrachtet, welche in der geschlossenen Associationskette s A Z m unseres Schemas fortschreitet. Die Erinnerungsbilder waren für uns Stätten aufgespeicherter Energie, welche von den in die Projectionsfelder einmündenden centripetalen Bahnen immer neu geladen werden. Ein Abfluss dieser Energie findet, wie wir annehmen können, continuirlich statt, und dadurch schliesslich die Ladung der Projectionsfelder m, welche sie zu ihren Kraftwirkungen befähigt. Dieser continuirliche Ausgleich der Energie ist aus der sogenannten unbewussten Gedankenthätigkeit und aus dem Umstande zu erschliessen, dass man immer mit irgend einem Gedanken aus dem Schlaf erwacht.

Nach den allgemeinen Principien der Mechanik sollte man nun erwarten, dass die Unterbrechung dieses Energiestromes durch Sejunction eine Rückstauung desselben und dadurch ein locales Anschwellen des Erregungsvorganges zur Folge hat. Wäre der „Nervenstrom“ ohne Weiteres einer Flüssigkeitsbewegung vergleichbar, so könnte man von einer reflectirten Welle des Nervenstromes sprechen. Aber auch ohne dies wird man in den Ganglienzellen, als den Hauptstätten aufgespeicherter Energie, bei gestörtem Abfluss und fortdauerndem Zufluss eine Spannungszunahme erwarten dürfen, welche die psychophysische Bewegung leicht zu einem Wellengipfel[1]) in die Höhe treiben kann. In diesem Sinne ist es vielleicht nicht zu gewagt, von einer Anstauung der Nervenenergie zu reden. Für das resultirende Reizsymptom würde dann der Ort des Sejunctionsvorganges maassgebend sein, und das Auftreten von Hallucinationen würde auf Sejunction der Bahnen s A oder mindestens in einer, den Projectionsfeldern der Sinne noch verhältnissmässig nahen Strecke, beispielsweise im Bereich der Ausgangsvorstellungen A, schliessen lassen.

In dem Falle der autochthonen Ideen freilich scheint zunächst eine reine Reizerscheinung vorzuliegen. Indessen zeigt namentlich der Vergleich mit den Zwangsvorstellungen, dass diese Annahme zur Erklärung der Erscheinung nicht genügt. Thatsächlich unterscheiden die Kranken ganz genau zwischen den eigenen Gedanken, die sich ihnen gegen ihren Willen aufdrängen im Falle der Zwangsvorstellungen, und den fremden, ihnen zunächst unerklärlichen, den autochthonen Ideen. Die Annahme liegt nahe, das unterscheidende Merkmal auch hierbei in der Sejunction zu suchen, so dass es sich das eine Mal — bei den Zwangsgedanken — um einen Reizvorgang bei erhaltener Continuität, das andere Mal, bei den autochthonen Ideen, um einen solchen bei partiell gelöster Continuität handeln würde.

Die innere Verwandtschaft zwischen Hallucinationen und autochthonen Ideen wird durch diese Betrachtung in das rechte Licht gerückt. Beide beruhen auf Sejunctionsvorgängen, beide erscheinen den Kranken als fremde Eindringlinge und werden meist nach aussen projicirt. Den eigentlichen Unterschied zwischen ihnen werden wir in der Verschiedenheit der Localität zu suchen haben, an welcher die Sejunction stattfindet, bei den Hallucinationen ist es die Strecke s A, bei den autochthonen Ideen die Strecke A Z des psychischen Reflexbogens.

---

1) Vgl. S. 72.

Es wird uns nun verständlich, dass die beiden Reizsymptome auch klinisch einander sehr nahe stehen, und dass sich Uebergänge zwischen beiden Symptomen finden. Dies kann ich Ihnen z. B. an dem Falle eines 24jährigen Mechanikers beweisen, der seine autochthonen Ideen bald zu Beginn seiner Krankheit als Eingebungen des heiligen Geistes gedeutet hat, seit einigen Wochen aber die Stimme des heiligen Geistes sprechen hört. Auch bei dem Kranken Böhm ist nach seiner genauen Angabe ein Stadium der autochthonen Gedanken dem Hören von „Stimmen" vorangegangen. Einem Uebergangszustande zwischen autochthonen Gedanken und Hallucinationen entspricht ferner die Erfahrung, dass die Kranken selbst nicht genau wissen, ob sie Stimmen gehört oder nur die entsprechenden Gedanken gehabt haben. Diese Unsicherheit der Kranken über ihre eignen Wahrnehmungen ist ungemein häufig anzutreffen.

Eine zweite Folgerung aus unserer Betrachtung bezieht sich auf die Stellung der Hallucinationen in der ganzen Krankheitslehre. Ist unsere Hypothese richtig, so kann es Hallucinationen geben, auch ohne dass ein eigentlich krankhafter Process an Ort und Stelle noch besteht, nur durch Anstauung des Nervenstromes bei einmal gesetzter Sejunction. Vor der Stelle der Continuitätsunterbrechung wird man ein Anschwellen der Reizgrösse bis über die Norm und in Folge dessen eine Erregung der sensorischen Hirnregionen in s auch ohne äusseren Reiz erwarten dürfen, besonders wenn der gleiche Vorgang schon häufig stattgefunden hat und dadurch habituell geworden ist. Ich erinnere Sie an das, was ich in meiner Einleitung über Gedächtniss und Uebung des Nervensystems gesagt habe. Damit bin ich endlich so weit gelangt, Ihnen die Begründung für unsere oben angedeutete Vermuthung zu geben, dass die Hallucinationen unter Umständen nicht die Bedeutung eines activen Krankheitsvorganges beanspruchen können, sondern als reine Folgeerscheinungen abgelaufener Krankheitsvorgänge aufzufassen sind. Eine klinische Erfahrung, die uns noch später beschäftigen wird, erscheint nach dieser Erörterung in einem besonders interessanten Lichte. Es kommt nicht selten vor, dass die Heilung acuter Geisteskrankheiten durch ein Zwischenstadium von leider oft recht langer Dauer verzögert wird, in welchem sie — ausser dem Beziehungswahn, wovon später — kein anderweitiges psychotisches Symptom als das der Hallucinationen bieten. Ich nenne diesen Zustand *residuäre Hallucinosis* und stelle seit vielen Jahren in jedem Semester ein oder das andere Beispiel davon vor. Sie werden

begreifen, wie wir diesen Befund aufzufassen haben werden. Die acuten Krankheitsvorgänge sind vorüber, die vielörtliche Sejunction aber ist vielleicht noch nicht vollkommen ausgeglichen, oder aber die pathologische Gewöhnung hat die rückläufige Bewegung so erleichtert, dass schon normale Reizgrössen in die Projectionsfelder der Sinne abfliessen. Bei solchen Kranken pflegen alle stärkeren Affecte die Hallucinationen hervorzurufen, ganz im Einklang mit unserer Auffassung des Symptomes. Gerade solche Fälle scheinen es auch zu sein, in denen eine intercurrente, leichte fieberhafte Krankheit eine rasche Genesung herbeiführen kann. Ein Beispiel der Art ist ein Herr, mit dem ich noch jetzt in Verkehr stehe, der nach einer schweren acuten Geisteskrankheit über Jahr und Tag an lebhaften Hallucinationen litt, so dass er schon für unheilbar angesehen wurde. Durch eine Influenza wurde er in wenigen Tagen ganz gesund.

Kehren wir nach dieser Abschweifung auf das theoretische Gebiet wieder auf das rein praktische der Symptomatologie zurück, indem wir uns einer weiteren umfassenden Gruppe von Erklärungswahnvorstellungen zuwenden.

Die besondere Art von Erklärungswahnvorstellungen, welche aus elementaren Störungen des motorischen Verhaltens[1]) hervorgehen, verdienen eine Mittelstellung zwischen den autopsychischen und somatopsychischen, in so fern die Motilität des Menschen nur durch sichtbare Veränderungen des Körpers ihren Ausdruck findet, andererseits aber mit fortschreitender Bildungsstufe um so mehr und ausschliesslicher in den Dienst der Persönlichkeit tritt. Mindestens die sogenannten Handlungen, aber auch die allermeisten einfacheren Bewegungen, die mit Bewusstsein geschehen, lassen sich deshalb als Function des Bewusstseins der Persönlichkeit auffassen. Die verbreiteten hyperkinetischen Zustände brauchen uns hier noch nicht zu beschäftigen, da sie ausschliesslich den acuten Psychosen oder den allerdings nicht seltenen acuten Schüben der chronischen Psychosen zukommen. Dagegen sind parakinetische und akinetische Zustände auch bei den chronischen Psychosen nicht seltene Vorkommnisse, und ihr mehr vereinzeltes (auf bestimmte Muskelgebiete beschränktes) Auftreten entspricht dann einer langsamen Summation von Heerdsymptomen. Wir wollen vorläufig den Gegenstand nur so weit behandeln, als es zum Verständniss der sich daran anknüpfenden

---

1) Das Verdienst, auf die eigenthümlichen Bewegungsstörungen der Geisteskranken zuerst hingewiesen zu haben, ein Verdienst, das dem der Aufstellung der progressiven Paralyse gleichkommt, gebührt Kahlbaum. Klinische Abhandlungen über psychische Krankheiten, I. Heft: Die Katatonie. Berlin 1874.

Erklärungswahnvorstellungen unerlässlich ist. Die selbstständige, vom normalen Associationsmechanismus losgelöste Entstehung akinetischer und parakinetischer Motilitätssymptome gehört zu den instructivsten Beispielen des Sejunctionsvorganges. Dasselbe, was von den autochthonen Gedanken und den Hallucinationen ausgeführt wurde, dass sie nämlich als der Persönlichkeit fremde Vorgänge empfunden werden, giebt uns auch hier den Schlüssel für die daraus entstehenden Erklärungswahnideen. So ist mir eine alte Geisteskranke erinnerlich, deren unaufhörliche Beschäftigung darin bestand, einen Kreis von wenigen Fuss Durchmesser abzuwandeln und sich dem entsprechend um die eigene Achse zu drehen. Die daran geknüpfte Erklärungswahnidee war, dass sie die Welt sei und sich drehen müsse. Eine so phantastische Wahnidee, in affectfreiem Zustande festgehalten, werden wir natürlich nur bei langjährigen Kranken mit schon mannigfach verändertem Bewusstseinsinhalt antreffen. Aber ist es viel weniger abenteuerlich, wenn ein ganz frisch Erkrankter behauptet, es müsse, ob zwar ihm verborgen, in nächster Nähe eine Maschine sein, die ihn fortwährend im Kreise herumdrehe? Natürlich werden in solchen Fällen besonders magnetische und elektrische Kräfte als wirksames Agens beschuldigt. Viel seltener, aber um so beweisender werden die parakinetischen Symptome von den Kranken nur geschildert, ohne dass ein Erklärungswahn daran geknüpft wird. So fing eine Kranke während der klinischen Vorstellung an zu singen, und es ist Ihnen wohl noch erinnerlich, wie klar sie sich darüber äusserte, dass dies gegen ihren Willen geschehe und ihr gar nicht so zu Mute sei. Es ist dieselbe Kranke, bei der ich ein anderes interessantes Phänomen demonstriren konnte: sie zeigte für gewöhnlich den fehlerhaften Athmungstypus, den ich als Insufficienz der Phrenici bezeichne, d. h. ihr Epigastrium wurde bei der Inspiration eingezogen und die der Norm entsprechende Erweiterung des unteren Brustumfanges blieb aus. Beim Singen dagegen zeigte sie plötzlich den normalen Athmungstypus. Dass die Deutung dieser Erscheinung nur auf dem Boden der Sejunctionshypothese möglich ist, glaube ich Ihnen damals beweisend dargethan zu haben. Aehnlich durch das Fehlen einer Erklärungswahnvorstellung ausgezeichnet ist das Beispiel einer Dame, die ich augenblicklich in Behandlung habe. Sie hat zeitweilig ohne den entsprechenden Affect sowohl weinen als lachen müssen und klagte besonders über das „dumme Lachen", während dessen man sie wirklich für blödsinning halten könne. Es handelte sich in diesem Falle um das Abklingen einer subacut entstandenen Psychose, welche

durch eine Art gegenseitige Ablösung der auf einander folgenden psychotischen Symptome ausgezeichnet und schon bis zum retrospectiven Beziehungswahn[1]) gediehen war. Diese Beispiele, obwohl unserem eigentlichen Thema abgelegen, mögen doch hier ihren Platz finden, um Ihnen das Symptom selbst in seiner Reinheit vorzuführen. Sehr häufig sind es Expressivbewegungen, welche in dieser Weise auftreten, bald einfachere, wie wüthende Gesichtsverziehungen, Drohen mit der Faust, Ausstossen von Klagelauten, Händeringen und dergleichen mehr, oft aber auch complicirte Attituden und Bewegungsreihen, wie die Beterstellung, Angriffsbewegungen aller Art, Tanzbewegungen und ähnliche. So complicirte Bewegungsanordnungen wie die des Exercirens, des Beschreibens einer Kreisbewegung (s. oben) fallen mehr in die Kategorie der Initiativbewegungen. Sobald solche Bewegungen sich dauernd einnisten, scheint es auch unfehlbar zu entsprechenden Erklärungswahnvorstellungen zu kommen, und dass diese überhaupt die Regel bilden, habe ich schon oben angedeutet. Der Inhalt der Erklärungswahnvorstellungen ist bald mehr von der Thatsache selbst, bald mehr von der Form der Bewegungen abhängig. Der physikalische Verfolgungswahn bezieht sein Material zum Theil aus derartigen parakinetischen Zuständen, demnächst der Glaube an übernatürliche Einwirkungen, sei es guter, sei es böser Mächte, das Besessensein, nicht selten auch die Vorstellung, in ein Thier verwandelt zu sein. Zu letzterer Vorstellung führen namentlich das Ausstossen unarticulirter brüllender Laute, Beissbewegungen und Verzerrungen des Gesichtes und ein thierähnlicher Gebrauch der Extremitäten, z. B. das Gehen auf allen Vieren. Wo bei den chronischen Psychosen derartige parakinetische Zustände nur auf kurze Zeit auftreten, pflegen die Erklärungswahnideen ebenfalls nur von kurzem Bestand zu sein, höchstens kommt es vor, dass später die Erinnerung an solche Erklärungswahnvorstellungen in der Form gelegentlich wieder auftaucht, dass der Kranke glaubt, früher einmal irgend welche Thierverwandlungen durchgemacht zu haben.

Nicht selten kommt es vor, dass ganz vereinzelte Bewegungen, meist von dem Charakter der Reactivbewegungen, sich bei den Kranken fixiren und habituell werden, so dass sie den Kranken für ihr ganzes ferneres Leben anhaften. Das mehr oder weniger närrische, absonderliche Mienen- und Gestenspiel alter Geisteskranken beruht oft auf solchen erworbenen Gewohnheiten. So ist mir eine alte Kranke be-

---

1) S. später.

kannt, die bei jeder Unterhaltung mit dem Zeigefinger der rechten Hand das obere Lid der gleichen Seite in die Höhe stülpte, wahrscheinlich das Residuum einer ursprünglich durch abnorme Sensationen, also psychosensorisch, bedingten Parakinese. Ein anderer Kranker, den Sie noch kürzlich auf der Abtheilung gesehen haben, pflegt bei der Unterhaltung die Hand auf den Scheitel zu legen, und noch ein anderer ist Ihnen erinnerlich, der die Gewohnheit hat, beim Sprechen die Hand vor den Mund zu halten. In allen diesen Fällen geschieht die Bewegung jetzt ganz unbewusst, jedenfalls motivlos, und die Kranken können, wenn sie darauf aufmerksam gemacht werden, keinen Grund dafür angeben. Der schon dem Laien auffallende „verrückte“ Anstrich vieler alten Geisteskranken beruht auf solchen Eigenthümlichkeiten. Erklärungswahnideen mannigfacher Art können sich daran anknüpfen.

Von akinetischen Zuständen gilt hinsichtlich der Extensität der Erscheinungen dasselbe wie von den hyperkinetischen, d. h. die Zustände allgemeiner Regungslosigkeit dürften bei den chronischen Psychosen nur höchst ausnahmsweise vorkommen, während sie das Vorrecht der acuten und subacuten Psychosen zu sein scheinen. Wenn sie vorkommen, so scheinen sie psychosensorisch bedingt zu sein, wie in dem aus der Litteratur bekannten Beispiele des Mannes, der jede Bewegung vermied, weil er glaubte, in seinem Leibe eine Höllenmaschine zu beherbergen, die bei solchem Anlass explodiren könnte, und ähnlich scheint das Beispiel jener Frau zu sein, welche behauptete, von Glàs zu sein, und bei Bewegungen zu zerbrechen fürchtete. Vielleicht handelt es sich aber auch in diesen berühmten Fällen nur um Residuen acuter Motilitätspsychosen. Theilgebiete der Motilität sieht man dagegen nicht selten bei den chronischen Psychosen befallen werden. Auch diese partiellen Akinesen sind überwiegend häufig psychosensorischer Entstehung, so die Unfähigkeit zu schlingen, die das Symptom der Nahrungsverweigerung in Fällen, die bis dahin ganz chronisch verlaufen waren, hervorrufen kann. Die begleitende Sensation wird meist als Verschluss des Halses geschildert, und auch an sie können sich selbstständige Erklärungswahnideen somatopsychischer Art anschliessen. Nächst der Nahrungsenthaltung ist die Stummheit, der Mutacismus, die häufigste Form circumscripter Akinese, und auch hier in einem Theil der Fälle psychosensorischer Entstehung. Man erfährt von solchen Kranken bisweilen schriftlich, dass die Zunge ihnen ganz zu fehlen scheint, oder dass sie ihnen geschwollen oder gelähmt oder verdorrt oder ganz steif vorkommt, die Sensation erstreckt sich aber wohl über

die Zunge hinaus, da in solchen Fällen oft auch die begleitenden Lippenbewegungen fehlen. Andere Male ist das Symptom ausgesprochen psychomotorischer Art, da Sensationen wie die eben geschilderten ausdrücklich in Abrede gestellt werden. Mutacismus und Nahrungsenthaltung kommen häufig auch combinirt vor. Gerade diese psychomotorisch bedingten circumscripten Akinesen kleiden sich häufig auch in die Form verbietender „Stimmen“, und dass hier die Hallucinationen keine andere Bedeutung haben als die der in Worte gefassten Zielvorstellungen, geht aus instructiven Beispielen hervor, in denen den Stimmen die Macht directer physikalischer Beeinflussung auf die betreffenden Bewegungen zugeschrieben wird. Die sich daran schliessenden Erklärungswahnideen, dass gerade bestimmte Personen, deren Stimmklang erkannt wird, die Sprache rauben oder die Nahrungsaufnahme verhindern, erscheinen dann leicht verständlich.

Obwohl die verbreiteten Zustände von Bewegungslosigkeit, wie ich schon andeutete, nicht eigentlich hierher gehören, so verdienen sie doch als Quelle mannigfacher Erklärungswahnideen deshalb eine vorläufige Berücksichtigung, weil sie mit Vorliebe in den acuten Schüben chronischer Psychosen vorkommen. Die nachträgliche Deutung solcher Zustände ist ganz gewöhnlich die, dass die Kranken glauben, schon einmal gestorben und wieder ins Leben zurückgekehrt zu sein. Die Wiedererlangung der Bewegungsfähigkeit wird meist als ein Act der Auferstehung aufgefasst, und überhaupt knüpfen sich mit Vorliebe alle diejenigen Erklärungswahnvorstellungen religiöser Art daran, welche durch den Vergleich mit dem Leiden und Sterben Christi nahe gelegt werden. Die Kranken halten sich also häufig für den wiedergekehrten Messias. Wo es zu dieser Vorstellung nicht kommt, entsteht doch leicht die verwandte des Prophetenthums, der Aufgabe, die Welt zu erlösen auf Grund der übernatürlichen, mit der Leidensgeschichte Christi so ähnlichen, vermeintlichen Erlebnisse. In anderen Fällen wird die phantastische Deutung der akinetischen Zustände noch besonders gefärbt durch die Erinnerung an Visionen und traumhafte Hallucinationen, die während derselben bestanden hatten und mit Vorliebe einen ekstatischen, religiösen Inhalt haben. Es braucht nicht besonders betont zu werden, dass der Zustand des Bewusstseins zur Zeit der akinetischen Zustände nicht direct festgestellt werden kann, sondern erst nachträglich aus den Mittheilungen oder dem Verhalten der Kranken zu erschliessen ist. Doch ist so viel sicher, dass es sich um sehr verschiedene Zustände handelt, unter denen die aki-

netischen Erscheinungen eine vollständig selbstständige Stellung einnehmen können.

In anderen Fällen hört man von den Kranken, so bald sie aus dem regungslosen Zustande wieder erwacht sind, dass sie den verschiedensten krankhaften Sensationen unterworfen waren, Schmerzen von unerträglicher Intensität, dem Gefühl des Herzstillstandes, der versagenden Athmung, des Erstarrens des Blutes in allen Adern und dergleichen mehr. Es handelt sich dann um einen Zustand psychosensorisch begründeter Akinese. Zuweilen schildern die Kranken ihre Empfindungen als einen fortgesetzten Todeskampf. Die hypochondrischen Gefühle werden nicht selten von adäquaten Hautsensationen und Gesichtshallucinationen begleitet, so z. B. das Gefühl des Sterbens von dem des ausströmenden Blutes und der Gesichtshallucination von Blutlachen im Bett. Diese combinirten Hallucinationen sind, wie wir später sehen werden, in allen Zuständen herabgesetzten Sensoriums nichts Seltenes. Es ist ersichtlich, welche ergiebige Quelle von Erklärungswahnvorstellungen in einer derartigen Leidenszeit gegeben ist. Auch hier liegen die Vergleiche mit dem Leiden Christi oder mit dem Leiden irgend welcher Märtyrer am nächsten, und am häufigsten knüpft sich daran die Grössenwahnvorstellung des Erlöserthums oder des Prophetenberufes.

Meine Herren! Es sind nicht immer eigentlich psychotische Symptome, welche zu Erklärungswahnvorstellungen Anlass geben, es können auch die normalen Vorgänge des Organismus sein oder irgend welche wirklich vorhandenen Functionsstörungen, die an und für sich nur von geringer Bedeutung wären. Nur ist hier das gegenseitige Verhältniss in so fern verschoben, als die Erklärungswahnvorstellungen dann keine selbstständige Bedeutung haben, sondern nur in Anlehnung an andere schon bestehende Wahnvorstellungen auftreten und gewissermaassen zum Ausbau derselben dienen. Von den ganz normalen Vorgängen ist hier in erster Linie der Schlaf zu erwähnen. Ein tiefer Schlaf, der gerade in die Zeit neu auftretender inhaltlicher Veränderungen fällt, wird sehr häufig von den Kranken so aufgefasst, dass sie betäubt worden wären, um zu irgend welchen Manipulationen zu dienen. Das sich geltend machende Gefühl der Schwangerschaft kann zum Theil auf diese Weise gedeutet und die Gegenvorstellung, dass ein Beischlaf gar nicht stattgefunden habe, damit beseitigt werden. Aber auch allopsychische Veränderungen des Bewusstseinsinhaltes führen zu wahnhafter Deutung des Schlafes: man hat die Kranken betäubt und in diesem Zustande in eine fremde Umgebung gebracht. Ganz ähnlich verhält es sich,

wenn Traumeserlebnisse zwar als solche erkannt, aber dennoch für göttliche Erleuchtungen gehalten werden. Von den wirklich vorhandenen, aber wahnhaft gedeuteten Functionsstörungen verdienen namentlich die Beschwerden der Menstruation und der Schwangerschaft Erwähnung, demnächst intercurrente Dyspepsien und Verdauungsstörungen sowie bei hypochondrischen Geisteskranken die häufig wirklich vorhandene Obstipation. Sie sehen, meine Herren, dass der einmal vorhandenen Tendenz der Systematisirung eines Wahnes auch durch normale oder annähernd normale Vorgänge reichliches Material zur Verwerthung zugeführt wird, und dass auch hier das Auftreten von Erklärungswahnvorstellungen die Mittel liefert, um das Bewusstsein mit einer Reihe von falschen Vorstellungen zu erfüllen.

Dreizehnte Vorlesung.

Hallucinationen von Sprachlauten oder Phoneme. Beziehungswahnvorstellungen autopsychischer, allopsychischer und somatopsychischer Entstehung.

Meine Herren!

Bei der grossen, nicht leicht zu überschätzenden Rolle, welche die Sinnestäuschungen in der Symptomatologie der Geisteskrankheiten und zwar, wie Sie gesehen haben, zum Theil der abgelaufenen, spielen, wird es gestattet sein, von der Theorie der Sinnestäuschungen schon jetzt dasjenige vorweg zu nehmen, was für ihr Verständniss und ihre klinische Würdigung am unentbehrlichsten ist. Halten wir uns zunächst an die oben entwickelte Sejunctionshypothese, ohne damit behaupten zu wollen, dass dies die einzige mögliche Entstehungsweise der Sinnestäuschungen ist. Wir werden im Gegentheil späterhin auf Sinnestäuschungen stossen, die höchst wahrscheinlich einem primären Reizvorgange an den Projectionsfeldern der Sinnescentra ihren Ursprung verdanken, und werden uns überhaupt darüber klar sein müssen, dass die eigentliche Causa efficiens und der Angriffspunkt des Reizes in den Projectionsfeldern selbst gesucht werden muss, ganz gleich, ob diese nun primär von einem krankhaften Reize betroffen werden oder erst in Folge eines Sejunctionsvorganges und der hypothetisch denkbaren, daraus resultirenden Rückstauung des Nervenstromes aus complicirteren associativen Gebilden. Das eine aber können wir schon jetzt behaupten, dass die Sejunctionshypothese wahrscheinlich für die übergrosse Mehrzahl der Sinnestäuschungen Geltung hat, und ganz besonders bezieht sich dies auf die Sinnestäuschungen, die uns hier hauptsächlich beschäftigen, die der paranoischen Zustände.

Gewisse fundamentale Eigenschaften der Hallucinationen lassen sich direct aus unserer Hypothese ableiten. Dazu gehört erstens die

Uncorrigirbarkeit der Hallucinationen. Wir sehen, dass die Realität einer Sinnestäuschung gegenüber dem Zeugniss aller anderen Sinne festgehalten und dass eher die phantastischsten Erklärungsversuche gemacht werden, als einem Zweifel an der Wirklichkeit der Sinneswahrnehmung Raum gegeben wird. Diese Erscheinung wird vollkommen verständlich, wenn man sich vergegenwärtigt, dass einmal der krankhafte Reiz die Aufmerksamkeit fesseln, d. h. den Wellengipfel der psychophysischen Bewegung in Beschlag legen wird, was bei der, Ihnen bekannten Bewusstseinsenge schon an sich die momentane Correctur unmöglich macht, dass aber ausserdem das einzige Mittel, welches für die Correctur durch die anderen Sinne zu Gebote steht, die Association mit den normalen, durch sie angeregten Vorstellungen oder mit anderen Worten die Erweckung von Gegenvorstellungen, durch die Sejunction erschwert oder ganz unwegsam gemacht wird.

Ganz dieselbe Erwägung erklärt auch den bekannten zwingenden Charakter solcher Hallucinationen, die einen imperativen oder prohibitorischen Inhalt haben. Auch hier sind die Gegenvorstellungen durch die Thatsache der Sejunction selbst unzugänglich, so dass der Nervenstrom, in ein enges präformirtes Bett eingeschlossen, sich mit elementarer Kraft auf die motorischen Projectionsfelder entladet. Indessen kann ich die Bemerkung nicht unterdrücken, dass der zwingende Charakter dieser Art von Hallucinationen gewöhnlich überschätzt wird, und dass man oft genug Kranke findet, die den hallucinirten Zumuthungen Widerstand leisten und sich darüber sogar beklagen. So kann z. B. die hallucinirte Aufforderung, den Arzt zu schlagen, an der Zuneigung des Kranken fruchtlos abprallen. Aber auch dieser Sachverhalt lässt sich, wie leicht ersichtlich, durch verschiedene Extensität der Sejunction erklären.

Eine zweite auffallende Thatsache ist das Ueberwiegen der akustischen, und zwar ausschliesslich der von den Kranken selbst als „Stimmen" bezeichneten Sprachhallucinationen, für die wegen ihrer besonderen klinischen Dignität ein eigener Name, der der Phoneme, gerechtfertigt ist. Anderweitige akustische Hallucinationen mögen nicht häufiger auftreten wie die der anderen Sinnesgebiete; dass die Kranken aber in einer grossen Zahl von Fällen ausschliesslich nur Sprachlaute halluciniren, und dass bei allen Hallucinanten mit seltenen Ausnahmen[1]) die hallucinirten Sprachlaute dominiren, muss als eine der fundamentalsten

---

1) Diese beziehen sich auf gewisse Intoxicationspsychosen, wie das Delirium potatorum und andere mehr.

Eigenschaften der Sinnestäuschungen überhaupt gelten und kann in letzter Linie nur auf den Mechanismus ihrer Entstehung zurückgeführt werden.[1]) Erinnern wir uns, dass wir das Wesen der secundären Identification gerade an dem Beispiel des sensorischen Projectionsfeldes der Sprache entwickelt haben. Das Klangbild eines gehörten Wortes genügt nicht zum Verständniss desselben, sondern von ihm aus müssen erst die den Begriff constituirenden Erinnerungsbilder erregt werden, damit die secundäre Identification stattfindet, d. h. der Sinn des gesprochenen Wortes verstanden wird. Obwohl wir dieses eine Beispiel verallgemeinert haben, so lässt sich doch nicht verkennen, dass gerade das sensorische Sprachcentrum besonders innige Beziehungen der Association schon zu den Componenten der einfachsten associativen Verbände, der concreten Begriffe, hat. Ist man doch so weit gegangen, Klangbild und Begriff vollständig gleich zu setzen. Für eine mechanische Auffassung der bei der Hallucination sich abspielenden Vorgänge muss es nun aber ohne Weiteres einleuchten, dass mit keinem anderen Sinnesgebiet eine so innige Verknüpfung irgend welcher concreter Begriffe besteht wie mit dem sensorischen Sprachcentrum. Der Versuch lehrt, dass der Name eines concreten Dinges, welches, wie wir annehmen wollen, fünf verschiedene Sinnesqualitäten besitzt, von jeder derselben mit Ausschluss aller übrigen Sinne sofort gefunden werden kann. Nehmen wir also das Bestehen von entsprechend ausgeschliffenen Associationen zwischen s, dem akustischen Sprachcentrum, und jedem der fünf Sinnesprojectionsfelder an, so werden wir begreifen, dass bei einer centralen Erregung des Begriffes durch Anstauung der Nervenenergie der Erregungsvorgang auf das sensorische Sprachfeld übergreift, sich hier verfünffachen und auf diese Weise diejenige krankhafte Reizstärke gewinnen wird, die wir zum Zustandekommen einer Hallucination verlangen müssen. Gleich günstige Bedingungen werden sich bei keinem anderen sensorischen Projectionsfelde wieder finden.

---

1) Nach meiner Meinung liegt kein Anlass vor, Hallucinationen des Muskelsinnes, wie es Cramer l. c. thut, zur Erklärung des „Stimmenhörens“ heranzuziehen. Das Symptom des „Gedankenlautwerdens“ (vgl. S. 109), sollte so eng wie möglich und zwar in dem Sinne verstanden werden, dass die von dem Kranken als solche anerkannten eigenen Gedanken bei bestimmten Anlässen laut ertönen, wie z. B., wenn der Kranke liest oder schreibt. Cramer selbst und alle seine Nachfolger haben leider das Symptom so weit gefasst, dass es den ursprünglichen Werth eines Elementarsymptomes ganz verloren hat und nun immer noch selbst nach seiner verschiedenen Entstehungsweise einer Erklärung bedarf.

Schon in der psychophysiologischen Einleitung haben Sie die Bemerkung gefunden, dass man individuelle Verschiedenheiten in der Beziehung annehmen kann, dass bald mehr das begriffliche, bald mehr das Denken in Worten, d. h. Sprachlauten, vorherrscht. Nur vor der Annahme glaubte ich schon damals warnen zu sollen, als ob das Denken überhaupt nur in Sprachlauten vor sich gehe, wie von mancher Seite behauptet wird. Geben wir aber die Wahrscheinlichkeit einer solchen individuellen Verschiedenheit im Denkmechanismus zu, so haben wir darin den Schlüssel zum Verständniss einer wichtigen klinischen Thatsache gefunden, nämlich der fast allseitig anerkannten alten Erfahrung, dass ein und dieselbe Krankheitsform, z. B. eine einfache acute Angstpsychose, bei welcher ein bestimmter Inhalt der Gedankenthätigkeit gesetzmässig bedingt ist, bei dem einen Individuum nur Vorstellungen dieses Inhaltes erzeugt, bei dem anderen aber Phoneme des gleichen Inhaltes. In unserem Beispiel bestehen also das eine Mal nur Vorstellungen angstvollen Inhaltes oder Angstvorstellungen, wie ich sie nenne, das andere Mal beängstigende und bedrohliche Phoneme, d. h. dieselben Vorstellungen sind gewissermaassen in Worte gefasst. Diese Erfahrung aber machen wir keineswegs nur bei den acuten Psychosen, sondern ganz ebenso bei den langsam und chronisch entstehenden und verlaufenden. Die angestaute Nervenenergie findet bei den, nebenbei gesagt an Zahl überwiegenden, zum Hören von „Stimmen“ disponirten Individuen gewissermaassen eine grössere Erregbarkeit des sensorischen Sprachfeldes und der darin zusammentreffenden Bahnen vor.

Bei manchen chronischen Geisteskranken beobachtet man das Hallucinirenvon Sprachlauten in der besonderen Form, dass sie ganze complicirte Zwiegespräche zu hören glauben. Solchen Hallucinationen pflegen sich die Kranken oft mit einer gewissen Vorliebe hinzugeben, sie finden darin offenbar die beste Unterhaltung und Beschäftigung. Wahrscheinlich sind es auch hier immer Individuen, deren Gedankenthätigkeit gewohnheitsmässig überwiegend unter Anklingen von Wortklangbildern stattgefunden hat.

Meine Herren! Schon wiederholt habe ich angedeutet, dass der Inhalt der Hallucinationen gewöhnlich nicht zufällig, sondern von anderen uns mehr oder weniger bekannten Bedingungen abhängig ist. Dies gilt nun, wie es zu erwarten war, ganz besonders von den Phonemen. So habe ich schon der Angstvorstellungen, Befehle und Verbote Erwähnung gethan, die sich ganz gewöhnlich in „Stimmen“ einkleiden, so werden wir später den Grössenideen der

Maniaci und der Selbstanklage der Melancholischen in der Form vereinzelter Stimmen begegnen. Ganz ähnlich verhält es sich mit den Erklärungswahnvorstellungen der paranoischen Zustände. Sie treten ganz gewöhnlich in Form von Stimmen auf und machen uns verständlich, dass der Inhalt der Stimmen auch hier überwiegend häufig ein bedrohlicher, beschimpfender ist, entsprechend den Verfolgungsideen, die so häufig den Inhalt des Erklärungswahns bilden. Nicht minder begegnen wir Phonemen vom Inhalt des Grössenwahnes, wenn das Erklärungsbedürfniss zur Entwickelung eines consecutiven Grössenwahnes geführt hat. Dasselbe Phänomen der Sinnestäuschung, welches wir früher als eine Quelle des Erklärungswahnes kennen gelernt hatten, begegnet uns hier in der ganz anderen Bedeutung, dass es den Erklärungswahn in Worte fasst und mit der Wucht der sinnlichen Wahrnehmung unterstützt. Die wahnhafte Auffassung der Aussenwelt gewinnt dadurch neue Wurzeln ihrer Kraft. Noch verhängnissvoller wirkt das gleiche Elementarsymptom der Phoneme in den häufigen Fällen, in denen es nicht als etwas Fremdartiges, die Erklärung Herausforderndes erkannt und nicht als „Stimme“ bezeichnet wird, sondern auf die Personen der Umgebung projicirt wird. Dieser schwerere Grad der Phoneme erscheint besonders als Ausdruck des Beziehungswahnes, auf den ich sogleich zu sprechen komme.

Obwohl hier noch nicht der Ort ist, auf die Lehre von den Sinnestäuschungen erschöpfend einzugehen, so muss ich doch bald vorgreifend bemerken, dass wir uns den Reizvorgang, der sich dabei abspielt, auf diejenigen Elemente der Sinnesprojectionsfelder übergreifend zu denken haben, die wir früher als Perceptionszellen[1]) und zum Bewusstseinsgebiet der Körperlichkeit gehörig unterschieden haben. Eben nur dadurch dass diese, immer einer bestimmten Localität der Sinnesoberflächen des Körpers angehörigen Zellen erregt werden, können wir uns die noch später zu studirenden Haupteigenschaften der Hallucinationen erklären. Der Unterschied gegen die wirkliche sinnliche Wahrnehmung beschränkt sich dann darauf, dass bei dieser in der Peripherie, bei den Hallucinationen in centraler — transcortial — gelegenen Stationen die Ursache des Reizes liegt, während die eigentliche Angriffsstelle desselben beide Male die gleiche ist. Wir haben nun schon in der Einleitung gesehen, dass alle stärkeren von der Peripherie anlangenden Sinneserregungen zu gleicher Zeit mit einem Gefühlston versehen sind, und diesen geradezu als das

1) Vgl. S. 47.

Zeichen einer Affection der Körperlichkeit verstanden.[1]) Die Abwehrbewegungen, welche auf die mit einem starken Gefühlston versehenen Sinnesreize erfolgten, haben wir als Schutzmaassregeln des Körpers, die zum Theil auf eine sehr weit zurückliegende Abstammung deuteten, kennen gelernt. Es ist nun von grossem Interesse, zu erfahren, dass auch bei den chronischen Psychosen etwas ganz Aehnliches vorkommt, nur dass die Gefühlsbetonung dabei nicht durch die Stärke des Sinnesreizes bedingt ist — es handelt sich im Gegentheil um die allergewöhnlichsten und ihrem Inhalt nach vertrautesten Sinneswahrnehmungen —, sondern recht eigentlich das durch die Geisteskrankheit hinzugefügte, zur an sich normalen Sinneswahrnehmung hinzutretende Element bildet. Diese Gefühlsbetonung von an sich gleichgültigen Sinneswahrnehmungen führt zu einer Fälschung der secundären Identification in dem Sinne, dass unter allen möglichen Deutungen gerade die auf die eigene Person bezügliche bevorzugt wird — krankhafte Eigenbeziehung Neisser's —, und auf diese Weise zur Entstehung von Beziehungswahnvorstellungen. Der sogenannte B e z i e h u n g s w a h n ist, wie etwa der Verfolgungswahn, nur ein Sammelname für eine reichhaltige Auswahl von Wahnvorstellungen, die aber hier gesetzmässig an den Act der Wahrnehmung geknüpft sind und mit dieser zugleich auftreten, er besteht in einer Fälschung der Wahrnehmungen selbst. Zunächst mögen Beispiele das Symptom erläutern. Wer auf der Strasse geht, findet das Treiben der anderen Menschen natürlich und beziehungslos. Der Geisteskranke mit Beziehungswahn aber macht die Beobachtung, dass seinetwegen Menschen stehen bleiben, zur Seite treten, irgend welche Geberden machen. Wenn sie spucken, so spucken sie vor ihm aus, wenn sie sprechen, sprechen sie über ihn, wenn sie warten, warten sie auf ihn. Die Entgegenkommenden wollen ihm begegnen, die hinter ihm Hergehenden folgen ihm, zufällige Blicke, das Mienenspiel fremder Menschen beziehen sich auf ihn. Die Sinneswahrnehmung ist dabei ohne Zweifel richtig, das Krankhafte daran ist nur die Beziehung auf die eigene Person, die der Wahrnehmung selbst untrennbar anhaftet, wie sonst nur den mit starker Gefühlsbetonung versehenen Sinnesreizen.

Hinsichtlich der Deutung des Symptoms werden wir dem Wege folgen, der uns auch zum Verständniss der Hallucinationen geführt hat. Mit diesen hat das Symptom offenbar eine innere Verwandtschaft, und das Verhältniss zu ihnen lässt sich vielleicht so ausdrücken, dass Be-

---

1) Vgl. S. 39.

ziehungswahnvorstellungen auf einem krankhaften Reizzuwachse beruhen, der an derselben Stelle einwirkt wie die Hallucinationen, aber noch nicht die Höhe erreicht, welche zur Auslösung von Hallucinationen erforderlich ist. Deshalb macht sich eben das Symptom immer nur im Anschluss an wirkliche Sinneswahrnehmungen geltend. Den Reizzuwachs selbst werden wir ungezwungen wieder von sejunctiven Vorgängen und zwar der gleichen Localität, aber geringerer Intensität wie bei den Hallucinationen, ableiten. Für eine solche Auffassung liefern die Erfahrungen der Klinik die sprechendsten Beweise. In ganz chronisch entstehenden Psychosen von ascendirendem Verlauf besteht das erste Stadium ganz gewöhnlich in einem solchen des Beziehungswahnes, es wird dann gefolgt von einem Stadium der Hallucinationen, und zwar überwiegend wieder der Phoneme, und es ist sehr charakteristisch, dass der Inhalt der Phoneme zum bei Weitem überwiegenden Theil aus Beziehungswahnvorstellungen besteht. Die Beziehungswahnvorstellungen pflegen allerdings nicht aufzuhören, sobald die Phoneme des gleichen Inhaltes sich eingestellt haben, sondern sie bestehen meist in gleicher Stärke fort. Daraus folgt aber nur, dass der krankhafte Reizzuwachs andauernd weiter besteht, die Phoneme aber, die in solchen Fällen nur intermittirend aufzutreten pflegen, zu ihrem Zustandekommen noch eines besonderen Anschwellens der Reizgrösse bedürfen. Ebenso beweisend ist das Hand in Hand Gehen der residuären Hallucinosis[1]) mit dem Beziehungswahn. Auch hier ist der Inhalt der Gehörshallucinationen überwiegend dem Beziehungswahn entlehnt, und nach dem Abklingen der Phoneme kann der Beziehungswahn allein noch für eine Zeit zurückbleiben.

Die Bedingungen für das Zustandekommen von Beziehungswahnvorstellungen sind durchaus nicht bloss den Geisteskrankheiten eigenthümlich. Es lassen sich vielmehr sehr typische Beispiele hierfür dem gesunden Geistesleben entnehmen. Der Abiturient, der das erste Mal im Frack und weissen Handschuhen erscheint, kann leicht die Augen aller Vorübergehenden auf sich geheftet glauben, und ähnlich ergeht es dem jungen Manne, der zum ersten Mal den Ballsaal betritt und sich gerade deshalb um so linkischer benimmt. Ein ausgezeichnetes Beispiel dieser Art des Beziehungswahns ist von der Feder Dostojewski's meisterhaft gezeichnet, wenn sein Held Raskolnikow im Bewusstsein des verübten Mordes sich gerade durch die Beziehungen zu dieser That, die er in an sich gleichgültigen

1) Vgl. S. 117.

Aeusserungen und Begegnungen findet, schliesslich selbst verräth. Wenn Jemand in einem unterlassenen Grusse und dergleichen mehr absichtliche Unhöflichkeit wittert, so ist dies ein Anklang an den Beziehungswahn.

Die erst angeführten Beispiele physiologischer Beziehungswahnvorstellungen — oder Beziehungsvorstellungen, wenn man das Wort Wahn in diesem Zusammenhang vermeiden will — zeigen uns als Entstehungsursache die Selbstwahrnehmung einer Veränderung der Persönlichkeit; diesen Entstehungsmodus können wir als autopsychische Entstehungsweise des Beziehungswahns unterscheiden. Es ist ein Affectzustand, der dabei wesentlich zu sein scheint, darauf beruhend, dass die eingetretene Veränderung des Bewusstseinsinhaltes noch als etwas Fremdes, nicht Hineingehöriges empfunden wird, noch nicht assimilirt, verdaut (sit venia verbo) ist, mit einem Worte, dass das neue Erlebniss auf Schwierigkeiten der Association stösst. Bei einem brutalen Gewohnheitsverbrecher wäre der Seelenzustand eines Raskolnikow unmöglich. Wie in diesen der Norm entlehnten Beispielen, so zeigt auch der autopsychische Beziehungswahn der Geisteskranken das Besondere, dass er sich mit Vorliebe in Hinsicht auf ganz bestimmte Vorstellungen oder Vorstellungsgebiete geltend macht. Es giebt also einen circumscripten Beziehungswahn autopsychischer Entstehung. In gewissen ziemlich häufigen Fällen chronischer Geisteskrankheit bilden ein derartiger circumscripter Beziehungswahn neben einer bestimmten überwerthigen Idee die beiden einzigen, für die Entstehung der Geisteskrankheit maassgebenden psychotischen Symptome, woran sich später noch eine verschieden lange Kette von Erklärungswahnvorstellungen und analogen secundären Symptomen anschliessen kann. Auf diese Fälle komme ich später noch zurück. Einem verbreiteteren autopsychischen Beziehungswahn begegnen wir, wenn die Kranken meinen, Vorgänge der Aussenwelt, die sie sehen, oder gesprochene Laute, die sie hören, bezögen sich auf ihre Gedanken. Statt wirklicher Sinneseindrücke können optische Hallucinationen oder Phoneme diesem Wahn zu Grunde liegen, und mit Vorliebe schliesst sich daran die Erklärungswahnvorstellung, dass ihre Gedanken laut geworden, d. h. gehört worden sind, ohne dass sie ausgesprochen worden waren. Zu dieser Auffassung gelangen die Kranken besonders leicht, wenn die Phoneme Antworten auf Gedanken fragenden Inhaltes darstellen oder sich auf nur gedachte Antworten des Kranken beziehen. Nach der Auskunft guter Beobachter unter den Geisteskranken ist es unzweifelhaft,

dass das Phänomen des „Gedankenlautwerdens“ [1]) nicht selten diesen Ursprung hat.

In Analogie mit dem autopsychischen Beziehungswahn können wir von einem allopsychischen Beziehungswahn dann sprechen, wenn das Bewusstsein der Aussenwelt nachweislich verändert ist. Auf die hierher gehörigen Fälle werden wir später bei den acuten Psychosen vielfach zurückzukommen haben. Andere Male ist zwar eine allopsychische Bewusstseinsfälschung nicht direct erweislich, das Symptom aber derart charakteristisch, dass an der allopsychischen Entstehungsweise nicht zu zweifeln ist. Dahin gehören z. B. die kurz vorher [2]) erwähnten Beispiele.

Endlich unterscheiden wir zweckmässig einen somatopsychischen Beziehungswahn, wenn an sich gleichgültige Sinneswahrnehmungen auf subjective Wahrnehmungen von krankhaften Sensationen oder sonstigen Veränderungen des eigenen Körpers bezogen werden. Die hierher gehörigen Beispiele lassen sich zum Theil auch dem somatopsychischen Erklärungswahn subsumiren, zum Theil aber auch davon unterscheiden, wo die Annahme einer besonderen Gefühlsbetonung der an sich gleichgültigen Sinneswahrnehmung für das Verständniss des Zustandekommens erforderlich erscheint. Ein typisches Beispiel derart ist mir durch ein zur Revision eingereichtes Gutachten bekannt geworden, ich will es hier kurz anführen, um Ihnen das Symptom zu illustriren. Ein junger Mensch in den Entwickelungsjahren kam vor Gericht, weil er einen Mordanfall auf seinen Vater, während derselbe schlafend im Bette lag, ausgeführt hatte. Er gab unumwunden zu, gegen diesen aufs Aeusserste erbittert zu sein und die Absicht gehabt zu haben, ihm etwas Ordentliches zu versetzen, ohne ihn gerade zu ermorden. Die Ursache seiner Erbitterung lag in Beobachtungen, die er folgendermaassen schilderte. Es sei nicht selten, während sie bei Tisch sassen, zu Streit zwischen ihnen gekommen, wobei die übrigen Familienglieder bald für ihn bald für seinen Vater Partei genommen hätten. Dabei sei es öfters vorgekommen, dass der Vater auf den Tisch geklopft hätte und er dadurch in die heftigste geschlechtliche Erregung gekommen wäre. Auch auf dem Felde, während er Landarbeit verrichtete, sei der Vater hin und wieder erschienen und habe ihn dadurch geschlechtlich erregt. Schon der Anblick des Vaters war hier offenbar mit einem krankhaften Gefühlstone versehen, der sich in diesem Falle an

1) S. oben S. 127 Anm.
2) Auf S. 130.

bestimmte, an sich nicht sicher krankhafte körperliche Empfindungen knüpfte. Man hat derartige Beispiele wohl als Reflexhallucinationen bezeichnet (Kahlbaum),[1]) und am bekanntesten sind dessen Beispiele, dass Geisteskranke beim Ausschöpfen und der Vertheilung der Suppe behaupteten, sie würden ausgeschöpft, beim Feueranzünden, sie würden ausgebrannt und dergleichen mehr. Der Name scheint mir aber wenig geeignet, weil krankhafte körperliche Sensationen zwar den Sinneshallucinationen analoge Zustände sind, aber doch praktisch von ihnen unterschieden werden müssen[2]). Die somatopsychischen Beziehungswahnvorstellungen sind zwar besonders häufig bei den acuten Psychosen anzutreffen, sie spielen aber auch bei den chronischen eine grosse Rolle, sei es, dass sie bald von vorn herein einer chronischen Somatopsychose angehören, sei es, dass im späteren Verlaufe einer chronischen progressiven Psychose somatopsychische Symptome hinzutreten oder auch ein sonst stationärer Zustand durch das intercurrente Auftreten krankhafter körperlicher Sensationen eine acute Exacerbation erfährt. Der sogenannte hypochondrische Verfolgungswahn, zu dem sich später ein consecutiver Grössenwahn gesellen kann, entstammt derartigen somatopsychischen Beziehungswahnvorstellungen. In jeder Irrenanstalt giebt es eine Reihe derartiger Kranker, welche durch gelegentliche Ausbrüche von wüstem Schimpfen die Ruhe stören und nachweislich durch somatopsychische Beziehungswahnvorstellungen dazu veranlasst werden.

---

1) Die Sinnesdelirien. Allg. Ztschr. f. Psych. 23. Bd., S. 1—86.

2) Dasselbe lässt sich gegen die von Cramer so genannten Hallucinationen des Muskelsinns einwenden.

Vierzehnte Vorlesung.

Der retrospective Erklärungswahn. Die Erinnerungsfälschungen.

Meine Herren!

Die Sejunctionshypothese zeigt uns offenbar den Weg, zu einem mechanischen Verständniss der psychotischen Symptome zu gelangen. Wie bei den Gehirnkrankheiten, stellt es sich auch bei einem tieferen Eindringen in das Wesen der Geisteskrankheiten heraus, dass der Ausfall der Function uns die werthvollste Handhabe für das Verständniss bietet, die krankhaften Reizvorgänge dagegen complicirteren Bedingungen unterliegen und in irgend einer Weise von den Ausfallserscheinungen abhängig gedacht werden müssen. Wir werden die Lehren der Gehirnpathologie in dieser Beziehung nicht sorgfältig genug beherzigen können. Im Lichte unserer Hypothese wird uns nun auch dasjenige, womit ich unsere ersten klinischen Demonstrationen einleitete, verständlicher und mit der mechanischen Auffassung krankhafter Vorgänge in dem ausschliesslich aus nervösen Elementen zusammengesetzten Organe des Bewusstseins besser vereinbar erscheinen.

Wir hatten uns vorgenommen, zunächst die inhaltlichen Veränderungen des Bewusstseins zu studiren. Als den Vorgang, durch den sie entstehen, hatten wir die acuten und chronischen Geisteskrankheiten bezeichnet und deren gegenseitige Stellung nach den Erfahrungen der Gehirnpathologie gewürdigt. Jetzt glauben wir zu wissen, welcher Hauptvorgang die inhaltlichen Veränderungen des Bewusstseins herbeiführt, es ist der der Sejunction oder Associationslösung. Als Geisteskrankheit können wir jetzt definiren die Zeit, in welcher durch Erkrankung des Nervenparenchyms Lösungen von Associationen stattfinden. Damit ist der Untergang nervöser Gebilde, das Ausfallssymptom, an die ihm gebührende Stelle gerückt, ohne dass der Möglichkeit der Wiederherstellung durch Regeneration, die ja auch am peripherischen Nervensystem sehr häufig vorkommt, oder durch Anknüpfung neuer Associationen vorgegriffen

ist. Im Gegentheil werden wir die heilbaren acuten Geisteskrankheiten als Beispiele solcher Regeneration oder Wiederausgleichung zu betrachten haben. Offenbar kommt die Lösung von Associationen unter Umständen dem Untergange gewisser psychologischer Einheiten gleich. So werden wir später als im Gefolge von Geisteskrankheiten auftretende Defectzustände einen Verlust an Begriffen oder mit anderen Worten eine Verringerung der Zahl der Begriffe statuiren können.

Zunächst aber haben wir noch andere klinische Erscheinungen, die wir an sogenannten alten Fällen tagtäglich beobachten, an der Hand der Sejunctionshypothese kennen und verstehen zu lernen. Dazu gehört vor Allem die nachträgliche Correctur des Bewusstseinsinhaltes oder der retrospective Erklärungswahn. Bei abgelaufenen oder bei von Anfang an chronisch verlaufenden oder endlich bei acuten Geisteskrankheiten, die in ein chronisches Stadium gelangt sind, sehen wir diesen Vorgang stets in der gleichen Weise sich vollziehen. Der veränderte Inhalt des Bewusstseins muss entsprechend dem uns beherrschenden Causalitätsbedürfniss mit dem alten noch unverändert gebliebenen Besitz in Einklang gebracht werden. Je mehr die Besonnenheit wieder erlangt oder, bei den chronischen Psychosen, erhalten geblieben ist, je mehr sich die Gedankenthätigkeit nach den strengen Normen der Logik abspielt, desto gebieterischer macht sich das Bedürfniss geltend, gewissermaassen Ordnung herzustellen in dem durch die Krankheit in Unordnung gebrachten Gebäude. Soll doch normaler Weise in dem complicirten Gehirnmechanismus auch kein entferntester Winkel existiren, der nicht mit der Function aller anderen Theile im Gleichklange, unter ihrem Einflusse functionirte. Den Vorgang, der dabei stattfindet, wird uns ein Beispiel am besten illustriren. Sie erinnern sich des Kranken, eines Doctors der Philosophie, dessen Erklärungswahn sich auf den Lehren der Suggestion und des Hypnotismus aufbaute. Dieser Kranke hatte acht Jahre vorher schon einen Anfall von Geisteskrankheit überstanden, war aber davon soweit geheilt worden, dass er viele Jahre lang die volle Krankheitseinsicht für die Symptome seiner acuten Geisteskrankheit besessen hatte. Als ich ihn kürzlich in einem neuen Anfalle vorstellte, zeigte sich zu meiner grossen Ueberraschung die merkwürdige Erscheinung, dass diese Krankheitseinsicht wieder verloren gegangen war, so dass der Kranke nun behauptete, auch die Elementarsymptome seiner ersten Krankheit, hauptsächlich Phoneme, seien nicht Ausfluss einer Krankheit, sondern hypnotische Einwirkungen irgend welcher Verfolger gewesen. Des Umstandes aber, dass er

viele Jahre lang seine Gehörshallucinationen als Krankheitsäusserungen aufgefasst hatte, wusste er sich genau zu erinnern, nur bemerkte er sehr richtig, dass auch eine solche vermeintliche Krankheitseinsicht durch Suggestionswirkung erklärt werden könnte. Sie ersehen aus diesem Beispiel, mit welcher Leichtigkeit Urtheile, die Jahre lang als um so festerer Besitz gelten konnten, als sie selbst erst das Product complicirter Gedankengänge und mühsam erworben waren, durch eine vermeintliche neue Einsicht, die aber selbst krankhaft ist, umgestossen werden können. Wenn wir trotzdem, wie ich nicht zweifle, diesen Vorgang an sich nicht als krankhaft, sondern nur als die Reaction eines normal functionirenden Gehirnmechanismus auf die einmal gegebene inhaltliche Veränderung auffassen müssen, so wird es Sie nicht Wunder nehmen, wenn ganz gewöhnlich die mangelhaften physikalischen Kenntnisse der meisten Geisteskranken gegen das Zeugniss ihrer Sinne in den Hallucinationen nicht Stand halten, wenn die Annahme von übernatürlicher Einwirkung, von unterirdischen Gängen, hohlen Wänden und dergleichen mehr, welche zur Erklärung befremdlicher subjectiver Sinneswahrnehmungen gemacht wird, den abenteuerlichen und grotesken Charakter verliert, den sie nach dem Urtheil derselben Menschen im gesunden Zustande haben würden. Auch in der Weise werden nicht selten die früher erworbenen Kenntnisse modificirt, dass Hindernisse, die vorher der Lösung eines Problems, z. B. des Perpetuum mobile, entgegenstanden, wie z. B. die Ueberzeugung von der Constanz der Energie, nun hinfällig werden, und so erklären sich viele ganz verrückte Erfindungen und Entdeckungen.

Ganz besonders pflegen die eigenen früheren Erlebnisse den Gegenstand derartiger Umdeutungen zu bilden. Unter der neu gewonnenen, vermeintlich besseren Einsicht erscheinen Liebesbeweise als Heuchelei oder schlaue Berechnung, feindliche Handlungen als Wohlthaten, unerhebliche Vorkommnisse als höchst wichtige Begebenheiten, ein zufälliges Ereigniss als beabsichtigte Handlung irgend welcher Gönner oder Widersacher.

Eine besondere Wichtigkeit erlangt dieser Vorgang der nachträglichen Correctur, sobald er sich nicht nur auf Kenntnisse, Urtheile und complicirtere Schlussvorgänge beschränkt, sondern sich auch auf die Erinnerungsbilder früherer Wahrnehmungen erstreckt und auf diese Weise eine nachträgliche Fälschung der secundären Identification bewirkt. Diese Art der nachträglichen Correctur früherer Erinnerungen wollen wir als retrospectiven Beziehungswahn unterscheiden. Es handelt sich dabei um Vorkommnisse, die ebenfalls im normalen

Geistesleben eine Analogie finden. So wird es schon Jedem von Ihnen begegnet sein, dass Sie erst nachträglich sich zu erinnern glaubten, einem Bekannten begegnet zu sein, der vorher, weil Sie innerlich beschäftigt waren, nicht beachtet wurde. Diese nachträgliche Identification kann ihrem Inhalt nach ebensowohl richtig als falsch sein, und normaler Weise trägt man diesem Umstande Rechnung. Bei den Geisteskranken sind es ebenfalls häufig Personen, die nachträglich identificirt werden, wobei jedoch die oberflächlichsten Aehnlichkeiten dem Erklärungsbedürfniss meist Genüge thun. Bei Kranken mit fixem Grössenwahn werden ungemein häufig derartige Umdeutungen bis in die Jugenderinnerungen hinein beobachtet. Der Kranke erinnert sich z. B., als Knabe einmal von einem Officier angesprochen worden zu sein; dieser Officier war, wie er nachträglich aus der Aehnlichkeit erkannt hat, der Kaiser Wilhelm oder der Kaiser Friedrich oder irgend eine andere hochgestellte und populäre Persönlichkeit. Zu der gleichen Zeit ist er in der Schule vom Lehrer gefragt worden, ob er noch einen Vater oder Grossvater habe. Diese Frage bezog sich auf die gleiche hochgestellte Person und sollte andeuten, wo er seinen Vater oder Grossvater zu suchen habe. Den Einwurf, dass dies auch eine gleichgültige Frage gewesen sein könnte, entkräften diese Kranken durch den Hinweis auf einen bedeutungsvollen Blick oder eine bezeichnende Handbewegung des Lehrers bei dieser Aeusserung, ein deutlicher Beweis dafür, dass die Wahrnehmung selbst in der Erinnerung gefälscht worden ist. Von Kranken der eben angedeuteten Kategorie kann man oft stundenlange Erzählungen hören von Jugenderinnerungen, die zum grössten Theil richtig so geschildert werden, wie sie erlebt worden sind. Ueberall aber zeigen die Wahrnehmungen jene Nuance, die ein hervorragender Psychiater mit den Worten „tua res agitur“ trefflich gekennzeichnet hat.

Der retrospective Beziehungswahn kann ungebildete und kritiklose Personen, die nicht gewohnt sind, ihre subjectiven Eindrücke von dem objectiven Wahrnehmungsmaterial zu trennen, leicht zu vollständig falschen Darstellungen führen, und es wird oft schwer sein, unter diesen Verhältnissen den Thatbestand, wie er sich wirklich zugetragen hat, herauszuschälen. Dennoch erfordert das klinische Bedürfniss, den retrospectiven Beziehungswahn genau zu unterscheiden von einem anderen Elementarsymptom, welches mit Vorliebe bei der gleichen Kategorie von Geisteskranken beobachtet wird, dem der sogenannten Erinnerungsfälschungen. Dieses Symptom kann in zwei gleich bedeutungsvollen Modificationen auf-

treten, einer positiven und einer negativen. Die positive Form der Erinnerungsfälschung[1]) wird auch Confabulation genannt und besteht in dem Auftauchen von Erinnerungen an Vorkommnisse und Erlebnisse, die gar nicht dagewesen sind. Der Inhalt dieser Confabulation ist bedeutsamer Weise meist so gefärbt, wie es dem vorherrschenden Wahn entspricht, er liefert also z. B. in den schon angeführten Fällen fixen Grössenwahns[2]) einen grossen Theil des Beweismaterials, mit dem der Anspruch auf die Abkunft von hochgestellten Personen oder die Beziehung zu solchen gestützt wird, in Fällen von systematisirtem (oft gegen eine Person gerichteten) Verfolgungswahn enthält er die abenteuerlichsten, angeblich erlittenen Verfolgungen. In anderen Fällen spiegelt das Symptom die Zusammenhangslosigkeit des Bewusstseinsinhaltes (Zerfall der Individualität, s. oben) wieder, wie in dem Falle Rother und sehr häufig auch in den phantastischen und abenteuerlichen Erzählungen der Paralytiker. Im Ganzen und Grossen ist ein innerer Zusammenhang mit Störungen des Gedächtnisses, der schon a priori zu vermuthen ist, auch durch die klinische Erfahrung festgestellt, da das Symptom zu den fast nie fehlenden Theilerscheinungen der drei durch zeitiges Auftreten von Gedächtnisdefecten ausgezeichneten Geisteskrankheiten: der Hebephrenie, der Presbyophrenie und der progressiven Paralyse gehört.

Nicht minder merkwürdig ist die negative Modification der Erinnerungsfälschungen, das Auftreten circumscripter Lücken in dem sonst wohlerhaltenen Gedächtnissmaterial, ohne dass irgend ein Anhaltspunkt dafür gegeben ist, dass eine Trübung des Sensoriums oder ein Verlust der Merkfähigkeit zur Zeit des in Frage kommenden Erlebnisses bestanden hätte. Für die richtige Auffassung und Schilderung des Symptomes muss auf diese Vorbedingung der grösste Werth gelegt werden. Niemand wird sich darüber wundern, wenn ein Kranker mit den Initialsymptomen des Typhus abdominalis oder einer Meningitis die Erinnerung an Stunden und Tage, beispielsweise an eine in diesem Zustande zurückgelegte Reise von Rom nach Berlin, später vollständig verloren hat. Ebenso wenig wundern wir uns über den vollkommenen Verlust der Erinnerung an epileptische Dämmerzustände, an die vermeintlichen Erlebnisse des Delirium tremens, anderweitiger Intoxicationsdelirien, der hysterischen Delirien, eines schweren Rauschzustandes oder endlich des normalen Traumes. Auch für diejenigen Erlebnisse

---

1) Vgl. Kraepelin: Über Erinnerungsfälschungen. Arch. f. Psych. 17. Bd. S. 830.
2) S. S. 138.

einer Geisteskrankheit, bei welchen zu der gleichen Zeit ein Verlust der Merkfähigkeit festgestellt werden konnte, scheint uns das vollständige Erlöschen der Erinnerung durchaus verständlich. Ganz anders aber verhält es sich mit dem Symptom der negativen Erinnerungsfälschung. Hier werden einzelne Handlungen und Vorkommnisse, die sich bei anscheinend vollkommener Geistesklarheit zugetragen haben, aus dem Gedächtnisse weggewischt, während zeitlich dicht benachbarte Begebenheiten noch genau erinnert werden. Zwei Umstände sind es aber, die als charakteristische Merkmale des Symptoms nicht zu fehlen scheinen und zur Anbahnung ihrer Erklärung dienen dürften: das betreffende Vorkommniss beziehungsweise die Handlung scheint stets in eine Zeit besonders hochgradigen Affects zu fallen, und ausserdem steht es im Zusammenhange mit einer bestimmten überwerthigen Idee, und zwar derart, dass sie entweder als Ausfluss derselben und dadurch motivirt erscheint oder zur Entkräftung und Widerlegung derselben dienen würde. Die typischesten Beispiele dafür sind mir beim sogenannten Quärulantenwahn und verwandten Zuständen chronischer partieller Psychosen vorgekommen. Um Ihnen das Gesagte durch ein Beispiel zu erläutern, so könnte ich Ihnen den Fall eines hier lebenden, zwar entmündigten, aber noch jetzt im Geschäfte thätigen Handwerksmeisters anführen, der nachgewiesenermaassen auf öffentlicher Strasse einen Schutzmann mit der aus dem Götz von Berlichingen her bekannten beleidigenden Redensart und entsprechender Geberde öffentlich beleidigt und nachher beeidet hat, dass er es nicht gethan habe. Dieser Mann hielt unter dem Einfluss einer überwerthigen Idee, die eine Zeit lang sein ganzes Thun und Lassen bestimmte, den Beamten für seinen persönlichen Feind und Aufpasser, kurz zuvor hatte er eine auf diese Idee bezügliche Kränkung erlitten, und ohne Zweifel handelte er zur Zeit der Beleidigung unter dem Einflusse eines hochgradigen Affects. Aber ebenso wenig konnte bei genauer Kenntniss der Person und des ganzen Sachverhaltes ein Zweifel daran bestehen, dass der anständig denkende, religiös gesinnte Mann ganz ausser Stande war, einen bewussten Meineid zu leisten, während er doch thatsächlich falsch geschworen hat. Von ätiologischen Momenten war bei dem in mittleren Jahren stehenden Mann nur eine ausgesprochene Familienanlage zu Geisteskrankheiten zu ermitteln.

Meine Herren! Die letzt besprochenen drei Symptome schliessen sich in so fern an die nachträgliche Correctur des Bewusstseinsinhaltes an, als sie offenbar das Uebermaass einer derartigen corrigirenden Thätigkeit, und zwar ein krankhaftes Uebermaass derselben

darstellen, während der Vorgang der Correctur an sich noch als etwas Normales gelten konnte. Alle drei Erscheinungen gehören sichtlich zu einander, ihr gegenseitiges Verhältniss lässt sich dadurch ausdrücken, dass wir die erste der qualitativen Erinnerungsfälschung, die beiden anderen der quantitativen Erinnerungsfälschung unterordnen. Statt der Ausdrücke positiv und negativ könnten wir die beiden letzteren vielleicht zweckmässiger als additiv und subtractiv bezeichnen, so dass wir nun die einheitliche Nomenclatur hätten, drei Formen der Erinnerungsfälschung zu unterscheiden, eine qualitative, eine additive und eine subtractive.

Wenn wir jetzt den Versuch einer Deutung unternehmen wollen so wird es am besten sein, alle vier Erscheinungen im Zusammenhange zu behandeln. Was zunächst die nachträgliche Correctur betrifft, so dürfte Ihnen bald aufgefallen sein, wie nahe diese Erscheinung der Ihnen schon längst bekannten des Erklärungswahnes steht. Nur entspricht die nachträgliche Correctur vielleicht mehr dem verfeinerten psychologischen Bedürfniss, während der Erklärungswahn einem gröberen Mechanismus genügt. Die Erklärungswahnideen drängen sich meist bald, durch unbewusste Schlussvorgänge und deshalb mit um so elementarerer Gewalt dem Bewusstsein auf, die nachträgliche Correctur dagegen erfolgt langsam, sie ist eine bewusste wirkliche Gedankenarbeit, die nach langem Grübeln ihren Abschluss darin findet, dass der Kranke sich klar geworden ist über eine Reihe von Dingen, die ihm vorher unverständlich schienen. Der Kranke Böhm, dessen Sie sich noch erinnern, war gerade in einem solchen Klärungsprocess begriffen und gab selbst an, er könnte sich zur Zeit noch nicht entscheiden, welche der verschiedenen Annahmen die richtige sei.

Es leuchtet aber ein, dass gerade die Langsamkeit und Gründlichkeit dieser nachträglichen Correctur zu einer irreparabelen Fälschung des geistigen Besitzstandes führen muss, so dass auch das Schwinden des Elementarsymptomes, z. B. der Phoneme, welches den Erklärungswahn herausforderte, die Verwirrung, die einmal angerichtet worden ist, nicht wieder gut machen kann. Erklärungswahn und nachträgliche Correctur sind die beiden Fundamente jeder sogenannten Systematisirung, und es darf deshalb nicht Wunder nehmen, wenn Sie den Lehrsatz noch jetzt überall in Geltung finden, die Systematisirung sei gleichbedeutend mit Unheilbarkeit. Dennoch ist der Satz in dieser Allgemeinheit nicht richtig und gilt sicher nicht einmal für die Mehrzahl derjenigen Systembildungen bei acuten Geisteskrankheiten, welche vorwiegend auf Erklärungswahnvorstellungen in dem so eben unterschiedenen Sinne beruhen. Wie wir später

sehen werden, giebt es im Gegentheil eine der heilbarsten Geisteskrankheiten, wobei die zeitige Systembildung geradezu die Regel ist, die acute Hallucinose, und für die uncomplicirten acuten Angstpsychosen trifft dasselbe zu.

Dagegen dürfte für die chronischen Psychosen der Lehrsatz uneingeschränkte Geltung haben. Wie viel günstiger sind bei diesen aber auch die Bedingungen für die nachträgliche Correctur in krankhaftem Sinne! Bei den erwähnten acuten Krankheiten sind es Wochen oder Monate, in denen ein Zuwachs an kranken Bestandtheilen gewöhnlich in solcher Massenhaftigkeit, dass einer den anderen verdrängt, dem Bewusstsein zuströmt. Nachher schweigen die Elementarsymptome, und was von ihnen haften geblieben ist, hat nicht mehr die Kraft, den früheren Besitzstand zu corrigiren, unterliegt vielmehr der vereinigten Macht des wieder normal fungirenden Identificationsvorganges und der früher erworbenen Vorstellungen. In den chronisch verlaufenden Fällen dagegen trägt der neue Erwerb zu sehr das Gepräge des normalen Geschehens, als dass der alte Besitz sich dazu anders wie zu den normalen Neuerwerbungen verhalten sollte.

Meine Herren! Wie wir oben gesehen haben, lassen sich die Reizvorgänge, welche den Elementarsymptomen der chronischen Psychosen zu Grunde liegen, sämmtlich als Folgen der Sejunction auffassen; wir werden deshalb auch den anknüpfenden Erklärungswahn und die nachträgliche Correctur in den paranoischen Zuständen als unvermeidliche, wenn auch nur mittelbare Folgen sejunctiver Vorgänge zu betrachten haben. Einen unmittelbaren Zusammenhang mit der Sejunction lässt dagegen die Erscheinung des retrospectiven Beziehungswahnes erkennen. Wir haben gesehen, dass wir die Beziehungswahnvorstellungen überhaupt auf einen bei der secundären Identification sich geltend machenden Reizvorgang zurückführen müssen. Haben wir einmal diese Anschauung acceptirt, so steht der weiteren Annahme nichts entgegen, dass dieselbe Reizgrösse, welche im Acte der Wahrnehmung der von aussen kommenden Erregung eines Projectionsfeldes sich zugesellt, auch der Erregung von Erinnerungsbildern auf dem Wege der Association zuwachsen und dadurch die Beziehung zur eigenen Person vortäuschen kann. Der so erforderte Zuwachs an Reizgrösse kann aber, wie wir oben gesehen haben, der in Folge der Sejunction angestauten Nervenenergie entstammen.

Dass die positive oder additive Form der Erinnerungsfälschung eine vorgängige Lösung von Associationen zur Voraussetzung hat, bedarf keiner weitläufigen Erörterung. Die Festigkeit und Zuverlässigkeit unserer Erinnerungen beruht zum grossen Theil auf

der streng durchgeführten zeitlichen Verknüpfung zwischen ihnen, und man kann das Bild brauchen, dass an dem Faden der Zeit die Erinnerungen so eng an einander gereiht sind, dass fremde Elemente zwischen ihnen keinen Platz finden. Diese zeitliche Association muss also durchbrochen sein, wenn die Pseudoerlebnisse der Confabulation für wahr gehalten werden sollen. Freilich ist damit nur die Möglichkeit für das Zustandekommen des Symptoms erklärt, der eigentliche Entstehungsmechanismus bleibt deshalb noch dunkel. Gerade die Entstehungsweise und die Herkunft des Symptomes bedarf aber einer Erörterung.

Die nächstliegende Annahme, dass es sich um die Erinnerungen an die Pseudoerlebnisse einer acuten Geisteskrankheit handelt, ist offenbar für alle diejenigen Confabulationen unzulässig, die ohne ein vorangegangenes acutes Krankheitsstadium auftreten, und gerade diese haben wir hier ins Auge gefasst und möchten die anderen geradezu von dem Begriff der Confabulation ausschliessen. Irgend woher aber müssen diese mit allem Detail ausgestatteten, anschaulich geschilderten Erlebnisse, die nie erlebt worden sind, doch stammen, und ganz ausgeschlossen erscheint für jeden Kenner die Annahme, dass es sich um willkürliche Productionen, um absichtliche Täuschungen oder Lügen des gewöhnlichen Sprachgebrauches handelt. Lügen sind die Confabulationen deshalb nicht, weil der Geisteskranke von ihrer Wahrheit vollkommen überzeugt ist. Da der Inhalt dieser Confabulation ausserdem häufig ein ähnlich phantastisches Gepräge hat wie die Erlebnisse des Traumes, so halte ich für sehr wohl möglich, dass es wirklich Erinnerungen an Träume sind.

Für diese Möglichkeit liesse sich Folgendes anführen. Auch dem Geistesgesunden begegnet es zuweilen, dass er beim Erwachen aus einem Traume noch kurze Zeit an die Wirklichkeit der Traumesvorkommnisse glaubt. Das geschieht aber nur dann, wenn der Inhalt des Traumes den Gesetzen der Wirklichkeit nicht allzu sehr widerspricht, und wenn er sich ausserdem auch zeitlich den letzten Erlebnissen leicht angliedert. Letztere Bedingung wäre z. B. erfüllt, wenn in Folge eines leichten Rausches die Erinnerung an die letzten Erlebnisse des vergangenen Abends abhanden gekommen ist oder nur ungenau reproducirt werden kann. Der Geisteskranke kann dieser beiden Correcturen vollständig verlustig gegangen sein. Die zeitliche Continuität seiner Erinnerungen ist weder so fest, dass nicht mit leichter Mühe fremde Zwischenglieder eingeschoben werden könnten, noch stehen die Gesetze der Wirklichkeit so unantastbar für ihn da, wie für den Geistesgesunden. Ersichtlich ist es wieder die Thatsache

der Sejunction, welche die normalen Hindernisse für die Aufnahme von Traumeserlebnissen in den Erinnerungsschatz hinwegräumt. Es mag aber vielleicht noch etwas Anderes erforderlich sein, um das Auftreten von Confabulation herbeizuführen, z. B. eine abnorme Lebhaftigkeit der Traumeserlebnisse. Indessen würde es uns zu weit führen, wenn wir auch auf die Bedingungen hierfür, die gewiss an sich nicht unzugänglich sind, noch näher eingehen wollten.

Für die negative oder subtractive Form der Erinnerungsfälschung giebt es ein bekanntes Analogon in den posthypnotischen Erscheinungen. Einem Hypnotisirten können bekanntlich Aufträge ertheilt werden, die er später im wachen Zustande ausführt, ohne sich des Auftrages zu erinnern. Für unsere Betrachtung ist die Ausführung des Auftrages unerheblich und nur ein Index dafür, dass das Bewusstsein im Augenblicke des Befehls überhaupt afficirt wurde. Wesentlich dagegen ist für uns das vollkommene Fehlen der Erinnerung an den gewordenen Auftrag, während andererseits die Handlung sicher nicht als ein eigentlicher Willensact angesehen werden kann. Wie wir gezwungen sind, jede Suggestionswirkung darauf zurückzuführen, dass dem Organe des Bewusstseins fremde Bestandtheile eingepflanzt werden, ohne dass dieselben in associative Verbindung mit dem übrigen Bewusstseinsinhalte treten — ein Umstand übrigens, der auch den zwingenden Einfluss dieser transplantirten Bestandtheile eines fremden Bewusstseins auf die Motilität grob mechanisch verständlich erscheinen lässt —, so werden wir auch für die Gedächtnisslücken in dem uns beschäftigenden Symptome das Fehlen associativer Verknüpfungen zur Erklärung des Umstandes heranziehen müssen, dass wirklich stattgehabte Vorkommnisse nicht erinnert werden können. Die engen Beziehungen jedoch, welche diese Gedächtnisslücken inhaltlich mit den überwerthigen Ideen zeigen, weisen darauf hin, dass die associative Verknüpfung nicht ganz fehlte, sondern nur eine sehr einseitige und auf die überwerthige Idee beschränkte ist, sonst würde uns ja auch das Zustandekommen des betreffenden anscheinend bewussten Actes nicht erklärlich sein. Es handelt sich also wahrscheinlich um eine Einengung des Bewusstseins, wie sie sonst nur von den Zuständen hochgradigen Affectes bekannt ist. Da die Handlungen, welche in die Gedächtnisslücken fallen, oft gerade durch Affecte bedingt erscheinen, so wird man auch darin ein begünstigendes Moment für das spätere Vergessen erblicken können. Ausschliesslich wird man aber dieses Moment nicht verwerthen können, weil sonst unerklärt bliebe, warum gerade nur bestimmte Arten von Geisteskranken das Symptom zeigen.

Fünfzehnte Vorlesung.

Rückblick auf die bisher abgehandelten Elementarsymptome. Die überwerthigen Ideen.

Meine Herren!

Eine Uebersicht über die den paranoischen Zuständen zukommenden Elementarsymptome gestattet uns, folgende Unterscheidungen zu machen. Wir fanden zunächst Veränderungen des Bewusstseinsinhaltes, d. h. Wahnvorstellungen und wahnhafte Urtheile, bei unversehrter Bewusstseinsthätigkeit, so weit sie in einer formal erhaltenen Logik, erhaltener Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit und endlich in der augenblicklichen Anpassungsfähigkeit an die gegebene Situation zum Ausdruck kommt. Der intacte Besitz dieser Fähigkeiten verhinderte aber nicht, dass der eigentlich ruhende Inhalt des Bewusstseins gewissermaassen in Bruchstücke zerfallen schien, eine Thatsache, die wir als Sejunction, d. h. Loslösung der einzelnen Bestandtheile von einander deuteten. Diese Bestandtheile waren zunächst noch selbst festgefügte Gebilde, nämlich ganze Erlebnisse, aber die Sejunction zeigte sich darin, dass die einander widersprechendsten derartigen Erinnerungen neben einander bestehen konnten. Die Sejunctionshypothese führte uns dann zum näheren Verständniss von gewissen Reizsymptomen und damit zu Erscheinungen gestörter Bewusstseinsthätigkeit, zunächst der autochthonen Ideen und der Zwangsvorstellungen,[1]) dann der Hallucinationen und

1) Die Zwangsvorstellungen sind nur ganz ausnahmsweise ein wesentliches Element der paranoischen Zustände, wenn man die Fälle eingewurzelter, habituell gewordener Beeinflussung des Handelns durch Zwangsvorstellungen den Grenzzuständen geistiger Störung zurechnet, wohin sie nach meiner Meinung gehören. Deswegen stelle ich nicht in Abrede, dass zwischen den autochthonen Ideen, den überwerthigen Ideen und den Zwangsvorstellungen Uebergänge existiren, in denen

des Beziehungswahnes. Die Erklärungswahnvorstellungen, welche einen so grossen Raum in unserer Besprechung einnahmen, konnten als normale Aeusserungen der Bewusstseinsthätigkeit den vorher genannten direct psychotischen Symptomen gegenüber gestellt werden. Als dem Erklärungswahn sehr nahe stehend hatten wir weiterhin die nachträgliche Correctur des Bewusstseinsinhaltes, die wesentlichste Bedingung für die sogenannte Systematisirung, kennen gelernt und darin ebenfalls einen Vorgang gefunden, der den reactiven Aeusserungen normaler Bewusstseinsthätigkeit gegen falsche Eindringlinge zuzurechnen ist, während wir wieder in den verschiedenen Arten der Erinnerungsfälschung psychotische Symptome erblicken mussten, die an sich durchaus krankhaft, doch in bestimmten gesetzmässigen Beziehungen zu vorhandenen Störungen des Bewusstseinsinhaltes zu stehen schienen, meist derart, dass der Umfang ihres Auftretens von dem Umfang der inhaltlichen Veränderung abhängig erschien. In der Reihe dieser psychotischen Symptome würden demnach wenigstens drei verschiedene Entstehungsarten zu unterscheiden sein, da sie theils als Reaction einer wohl erhaltenen Bewusstseinsthätigkeit auf die Veränderung des Bewusstseinsinhaltes erscheinen: dazu gehört der Erklärungswahn und die nachträgliche Correctur, theils als directe Folge der Sejunction: dazu gehört der widerspruchsvolle Bewusstseinsinhalt vieler alten Fälle, die additive und die subtractive Form der Erinnerungsfälschung, endlich als Reizvorgänge, die von sejunctiven Vorgängen abhängig sind: dazu gehören die Hallucinationen, der Beziehungswahn und der retrospective Beziehungswahn, endlich die autochthonen Ideen.

Der letzt erwähnten Gruppe schliessen sich die überwerthigen Ideen, die schon wiederholt Erwähnung finden mussten, naturgemäss an, sie sind augenscheinlich den Zwangsvorstellungen und den autochthonen Gedanken am nächsten verwandt, und es fragt sich, wie sie von diesen Symptomen abgegrenzt werden können, und ob eine scharfe Grenzbestimmung überhaupt möglich ist. Von den autochthonen Ideen sind die überwerthigen Ideen dadurch scharf geschieden, dass sie von den Kranken selbst keineswegs als fremde Eindringlinge in das Bewusstsein beurtheilt werden: im

---

es schwierig ist, dem Symptom seine richtige Stellung anzuweisen. Im Allgemeinen aber lassen sich die drei Symptome leicht aus einander halten. Wenn Friedmann: Ueber den Wahn, Wiesbaden 1894, neuerdings in seiner scharfsinnigen Arbeit die Zwangsvorstellungen den überwerthigen Ideen zurechnet und die letzteren zum hauptsächlichen Element der Wahnbildung stempelt, so erweist er mir zu viel Ehre und verlässt den Boden der klinischen Erfahrung.

Gegentheil, die Kranken erblicken den Ausdruck ihres eigensten Wesens darin und führen in dem Kampfe für sie recht eigentlich einen Kampf um die eigene Persönlichkeit. Trotzdem werden sie oft als quälend empfunden, und die Kranken klagen oft, dass sie an nichts Anderes denken können. Von den Zwangsvorstellungen aber bleiben sie immer noch weit getrennt, weil sie als normal und berechtigt, durch die Entstehungsweise vollkommen erklärt angesehen werden, während die Zwangsvorstellungen als unberechtigt und oft direct als unsinnig erkannt werden.

Wenn demnach klinisch die Unterscheidung des Symptomes von den beiden anderen ihm zunächst verwandten Symptomen leicht gelingt, so bleibt doch ihr Entstehungsmechanismus noch unerklärt. In dieser Hinsicht ist zu bemerken, dass wir im Allgemeinen die überwerthigen Vorstellungen definiren können als Erinnerungen an irgend ein besonders affectvolles Erlebniss oder auch an eine ganze Reihe derartiger zusammengehöriger Erlebnisse. So waren es beispielsweise folgende Gelegenheiten, die zur Entstehung überwerthiger Ideen führten: die Entdeckung eines Mannes, der eine Erbschaftsregulirung übernommen hatte und als Erbe mit betheiligt war, dass er bei der Vertheilung sich wesentlich benachtheiligt hatte; die Nachricht von dem Selbstmorde einer befreundeten Person, der Tod des Ehemanns, die Wahrnehmung eines älteren Mädchens, dass ein Herr ihr Aufmerksamkeiten erwies, die Bemerkung einer Ehefrau, dass ihr Mann trotz ihres Widerspruches viel schnupfte, der Anblick der Reinigung einer verlausten Person, endlich, einer der häufigsten Fälle, die als ungerecht empfundene gerichtliche Verurtheilung oder Beurtheilung seitens vorgesetzter Behörden. Der dabei in Frage kommende Affect trägt demnach ein sehr verschiedenes Gepräge und kann bald mehr als Aerger oder Kränkung, bald mehr als Trauer oder Ekelgefühl oder sexuelle Erregung bezeichnet werden. Jedenfalls entnehmen Sie dieser Aufzählung, dass fast jedes beliebige Ereigniss zur Entstehung einer überwerthigen Idee führen kann, dass es auf die Art des Affectes gar nicht ankommt, und dass es überwerthige Ideen geben muss, die durchaus der Norm angehören, die Handlungsweise des Individuums aber trotzdem so bestimmen können, dass sie ein krankhaftes Gepräge erhält. Wer nach dem Verlust seines Vermögens, nach der Verurtheilung zu entehrender Strafe, nach dem Tode einer geliebten Person sich das Leben nimmt, handelt sicher unter dem Einfluss einer überwerthigen Idee, und wir werden die Handlungsweise auch als abnorm bezeichnen müssen, obschon sie nicht auf Geisteskrankheit zurückzuführen ist. Es wird also in jedem ein-

zelnen Falle erst festzustellen sein, ob eine krankhafte überwerthige Idee vorliegt oder eine noch in die Gesundheitsbreite fallende. Die Entscheidung dieser Frage werden Sie geneigt sein davon abhängig zu machen, ob das Motiv für den der betreffenden Erinnerung anhaftenden dominirenden Affect ausreichend ist oder nicht. Aber dieses Kriterium lässt vollkommen im Stich, wie das Beispiel der Quärulanten beweist: ein Theil dieser Kranken ist thatsächlich zuerst ungerecht verurtheilt worden und hatte allen Grund, sich darüber zu empören. Zuverlässiger ist das Kriterium, dass in den Fällen krankhafter überwerthiger Idee dieses Symptom nicht allein bleibt, sondern dass bald eine Reihe anderer psychotischer Symptome hinzutreten. So besonders der gerade für diese Krankheitsfälle charakteristische circumscripte Beziehungswahn.[1])

Ein typisches Beispiel krankhafter überwerthiger Idee ist das folgende. Ein 61jähriger Privatier, der Ihnen kürzlich vorgestellt wurde, giebt als Grund seiner Aufnahme an „die Belästigungen", denen er ausserhalb der Anstalt ausgesetzt gewesen sei. In der Anstalt ist er von diesen Belästigungen gänzlich frei und fühlt sich in ihr so wohl, dass er schon das vierte Jahr hier ist und auch hier zu bleiben gedenkt. Einige Versuche, ihn zu entlassen, sind fehlgeschlagen, weil immer wieder dieselben Belästigungen zur Intervention der Polizei und zur Internirung geführt haben. Ursprünglich war es ein bestimmter, ihm nur dem Namen nach bekannter Herr, der in seiner Nähe wohnte und dem er deshalb häufig auf der Strasse begegnete. Es fiel ihm auf, wie dieser Herr stehen blieb und auf ihn wartete, sich dabei aber so stellte, als ob er die Fenster eines Hauses zählte. Er ging deshalb auf die andere Strassenseite, bemerkte aber ein nächstes Mal, wie derselbe Herr an derselben Stelle mit einem Bekannten sprach und zwar über ihn, wie er überzeugt war, ohne dass er es aber hören konnte. Er ging deshalb dicht an den beiden Herren vorüber und sagte dabei: „Wünschen Sie vielleicht etwas von mir?" Er ging dann seiner Wohnung zu und bemerkte, dass die Herren ihm folgten und vor seinem Hause stehen blieben. In seiner Wohnung angelangt, ging er dann ans Fenster und fuchtelte mit seinem Stock, wobei er ihnen zurief: „Kommen Sie nur herauf, ich will Ihnen schon dienen." Eine ähnliche Begegnung ein anderes Mal hatte zur Folge, dass die beiden Herren thatsächlich bis zu seiner Wohnung folgten, dort seinen Namen ermittelten und der Polizei Anzeige erstatteten. Das war der Thatbestand,

1) Vgl. S. 131.

der das erste Mal zur Aufnahme des Kranken führte. Ich stellte ihn damals bald in der Klinik vor, stellte fest, dass der Beziehungswahn des Kranken sich ausschliesslich gegen die Person des einen Herren, eines Zimmermeisters, richtete, und fragte dann den Kranken: „Wie kommt denn aber dieser Herr dazu, Sie zu belästigen?“ Die Antwort war höchst charakteristisch. Er könne sich nur Folgendes denken. Der betreffende Herr sei der Bruder eines ihm näher bekannten Herrn, der vor sechs Jahren ebenso wie er Stammgast bei einem bestimmten Weinkaufmann gewesen sei. Für die Tochter dieses Kaufmanns habe sich der Patient jahrelang interessirt und ihr auch einen Antrag gemacht, habe dann aber den Verkehr abgebrochen, weil er in Erfahrung gebracht habe, dass sich der Vater in misslichen Vermögensverhältnissen befand. Wie der Zimmermeister mit dem anderen Herren über ihn gesprochen habe, habe er wahrscheinlich gesagt: „Da geht der Lump, der damals das Mädchen sitzen gelassen hat.“ Die genaueste Untersuchung und Beobachtung des Kranken liess uns damals keinerlei psychotisches Symptom an ihm entdecken, nur dass er dabei blieb, seine vermeintlichen Wahrnehmungen seien richtig gewesen. Er wurde deshalb nach wenigen Wochen auf seinen Wunsch entlassen, bald aber wieder aufgenommen, und das wiederholte sich noch ein zweites Mal. Seitdem will er es gar nicht mehr versuchen. Die Belästigungen, denen der Kranke draussen ausgesetzt war, waren die beiden anderen Male bei weitem zahlreicher als vorher, es waren auch andere Personen und die Polizei daran betheiligt, Alles aber führte immer wieder auf den einen Zimmermeister zurück, der inzwischen anderen Personen die alte Geschichte aufgetischt und die Polizei zu seiner Beobachtung auf Geisteskrankheit angestiftet hatte. In der Anstalt ist nirgends auch nur eine Andeutung von Beziehungswahn oder anderen Zeichen einer Geisteskrankheit bei dem Kranken beobachtet worden.

Wir sehen in diesem typischen Falle circumscripter Autopsychose die überwerthige Idee zunächst mit einem ganz circumscripten, später aber sich erweiternden Beziehungswahn verknüpft, der in der Anstalt, wo Patient nur mit fremden Menschen zusammenkommt, niemals zu Tage tritt. Die Grundlage der überwerthigen Idee ist der Gegensatz, den die geschilderte nicht vollständig ehrenhafte Handlungsweise zu dem sonstigen rechtschaffenen Charakter des Kranken bildet. Es ist wohl anzunehmen, dass der Kranke gerade zur Zeit des geschilderten ersten Begegnisses mit seinem früheren Erlebniss innerlich beschäftigt war und es als einen Makel empfand. Ein Blick, der ihn streifte, die wartende Haltung des Mannes, der um den

Handel wissen konnte, führte dann zur bleibenden Association mit dem augenblicklich dominirenden, zwar nicht inhaltlich, aber seinem Werthe nach gefälschten Gedankeninhalt, ein ganz ähnlicher Act gefälschter secundärer Identification, wie er auch der Wahnbildung des oben erwähnten[1]) jugendlichen Attentäters zu Grunde liegt. Wie Sie sich erinnern, geschieht genau dasselbe auch beim physiologischen Beziehungswahn, wie er namentlich im Raskolnikow so trefflich geschildert wird. Es ist wohl aber kein Zufall, dass der Dostojewskische Held vorher als ein Mensch von geradezu krankhafter Nervosität und dem weichsten, mitleidigsten Herzen geschildert wird: gerade unter diesen Umständen musste die Erinnerung an den verübten Mord ein so zu sagen unassimilirbares Novum im Bewusstsein bleiben, und so fanden wir ja überhaupt in allen Fällen autopsychischen Beziehungswahns die Schwierigkeit der Angliederung an den alten Bewusstseinsinhalt, mit anderen Worten der Association, als Grundlage der überwerthigen Idee.

Nach den Merkmalen des vorliegenden Falles zu schliessen, würden wir zu dem Satze kommen, dass besonders solche Erlebnisse zur Entstehung einer überwerthigen Idee führen werden, welche ihrem Inhalt nach besonders schwer assimilirbar, d. h. mit dem schon vorhandenen Inhalt verträglich sind. Da solche Erlebnisse auch dem gesündesten Geistesleben nicht erspart bleiben, so werden wir noch besondere Bedingungen verlangen müssen, damit der Ueberwerthigkeit ein krankhafter Charakter aufgeprägt wird. Normaler Weise sind es Gegenvorstellungen, welche allmählich zur Correctur der Ueberwerthigkeit führen. Bei krankhafter Ueberwerthigkeit erweisen sich diese Gegenvorstellungen als unzugänglich, und zugleich tritt das klinische Merkmal des Beziehungswahns auf, ganz entsprechend der schon früher an den Sejunctionsvorgang geknüpften Reizhypothese.

Wollen wir die klinischen Merkmale weiter verfolgen, so stellt es sich heraus, dass die Schädlichkeit, welche das vorliegende Symptom bedingt, eine bekannte ist und in dem besonders hohen Grade des Affectes, der ein bestimmtes Erlebniss begleitete, gesucht werden muss. Da für andere psychotische Symptome eine solche bekannte Ursache nicht zu ermitteln ist, so dient auch dies zur Charakterisirung der krankhaften überwerthigen Idee.

Wie in dem geschilderten Falle, so zeigt sich auch in einer Reihe von ähnlichen Fällen ein stabiles, ziemlich unverändert bleiben-

---

1) Auf S. 133.

des Krankheitsbild, das seiner Partialität wegen den althergebrachten Namen der fixen Idee verdient. Doch treten in den meisten Fällen noch Erklärungswahnvorstellungen, die an Extensität immer weiter wachsen können, hinzu. Auch die nachträgliche Correctur des Bewusstseinsinhaltes und die verschiedenen Formen der Erinnerungsfälschung können hinzutreten und dadurch ein festgefügtes Wahngebäude entstehen, dessen complicirter Inhalt der verhältnissmässig einfachen und oft sehr geringfügigen Entstehungsursache gar nicht entspricht und sie zu verdecken und zu verschleiern geeignet ist. In alten Fällen derart ist es zwar leicht, dieses Wahngebäude zu ermitteln, man bleibt aber oft auf Vermuthungen beschränkt hinsichtlich der eigentlich zu Grunde liegenden überwerthigen Idee und des Erlebnisses, woran sie sich knüpfte. Für Fälle dieser Art ist es selbstverständlich, dass sie einer Heilung nicht mehr zugänglich sind, ebenso wie für alle anderen Fälle mit weit gediehener Systematisirung. Wo dagegen der Umfang der Erkrankung nur auf die ersten psychotischen Elemente beschränkt ist, ist eine Heilung durch allmähliches Auftreten kräftiger Gegenvorstellungen wohl möglich. Zwei Fälle derart, in denen die Heilung erfolgt ist, betrafen das typische Bild des sogenannten Quärulantenwahnsinns.[1]) Die klinische Vorstellung solcher Kranken hat sich mir mehrere Male von Nutzen erwiesen, aber auch die Internirung an sich, das Bewusstsein, für geisteskrank zu gelten und sich dauernd eine Bevormundung gefallen zu lassen, sind kräftige und heilsame Gegenvorstellungen. Die Heilung selbst geschieht immer nur ganz allmählich dadurch, dass mit Vermeidung der Anlässe zur Erneuerung des Affectes auch der Affect selbst allmählich schwindet.

Es würde zu weit führen, wenn ich alle Einzelfälle überwerthiger Idee hier anführen wollte, ich würde auch trotzdem nicht erschöpfend sein können, da es naturgemäss dem Inhalt nach fast unzählige Varianten dieser sonst wohl charakterisirten Form chronischer Autopsychose geben muss. Aus praktischen Gründen gestatte ich mir nur noch die Andeutung, dass die Möglichkeit der Erwerbung einer Unfallrente leicht zur überwerthigen Idee werden kann. Endlich will ich nicht unterlassen anzuführen, dass wie fast jedes andere psychotische Symptom so auch die überwerthige Idee das Anfangsstadium einer fortschreitenden acuten oder subacuten Psychose mit Einschluss

---

1) In dem einen derselben war die Wiederaufhebung der Entmündigung von dem Sachverständigen abgelehnt worden, weil der Quärulantenwahnsinn bekannter Maassen unheilbar sei! Dabei ging aus der Provocationsverhandlung selbst hervor, dass der Kranke thatsächlich geheilt war!

der progressiven Paralyse bilden kann, und dass sie eine selten fehlende Theilerscheinung der Melancholie ist.

Zum Schluss dieser Besprechung berichte ich noch über einen bis zur Systematisirung gediehenen Fall. Ein etwa vierzigjähriges Fräulein, wissenschaftliche Lehrerin an einer höheren Töchterschule, sehr tüchtig, eifrig und wohl etwas zu sehr angestrengt in ihrem Beruf, glaubte zu bemerken, dass einer ihrer männlichen unverheiratheten Collegen, mit dem sie Jahre lang freundschaftlich verkehrt hatte, ernstere Absichten auf sie hätte. Es fiel ihr auf, dass er beim Unterricht in seiner Klasse häufig am Fenster stand, von wo aus ein Einblick in ihre Klasse möglich war, dass er in der Freistunde häufig auf einem Treppenabsatz stand, den sie mit ihren Schülerinnen auf dem Wege zu ihrer Klasse passiren musste, dass er sie besonders achtungsvoll grüsste. Diese Wahrnehmung, die sie bald durch allerlei zufällige Begegnungen bestätigt fand, versetzte sie in grossen Affect, sie brachte Stunden und Nächte lang zu, im inneren Kampfe, wie sie sich dazu verhalten, und besonders auch, wie sie sich möglichst unauffällig benehmen sollte, damit die Schülerinnen und die Collegenschaft es nicht bemerkten. Als sie glaubte ihre Bewegung nicht mehr bemeistern zu können, suchte sie diesen Begegnungen auszuweichen und ging sogar so weit, dass sie seinen Gruss absichtlich nicht erwiderte. Um diese Zeit bemerkte sie auch, dass ihre Schülerinnen davon zu wissen schienen, es fielen Bemerkungen, die darauf Bezug hatten, vielleicht kamen auch vereinzelte Phoneme vor, denn sie hörte: „Wie bekümmert er aussieht.“ Colleginnen, die ihr vorher fern gestanden hatten, besuchten sie jetzt öfter und sprachen auffallend häufig von dem jungen Manne, gute Freundinnen dagegen zogen sich von ihr zurück und schienen ihr „Verhältniss“ zu missbilligen. Sogar der Director mischte sich ein, indem er in den Zwischenstunden mit dem Lehrer sprach und ihn an einem ganz anderen Standort, entfernter von ihr, festhielt, als er sonst einzunehmen pflegte. Nach einiger Zeit verliess der betreffende Lehrer die Schule, um sich im Auslande fortzubilden. Bei seinem Abschiedsbesuche war er aufs Aeusserste verwirrt, wechselte die Farbe, und namentlich ein langer Blick verrieth ihr, dass er sehr wohl wusste, was in ihr vorging und ihre Neigung auch erwiderte. Nachdem er abgereist war, bemerkte sie, dass ihre Colleginnen zum Theil höhnisch und schadenfroh, zum Theil auch theilnehmend und rücksichtsvoll sich zu ihr stellten, jedenfalls waren ihre Beziehungen allgemein bekannt und jede Erwähnung des betreffenden Lehrers enthielt Andeutungen darauf. Der Director muss die Sache zum Gegenstand einer Be-

sprechung in der Conferenz gemacht haben; das konnte sie aus den betroffenen Mienen aller Anwesenden entnehmen, als sie einmal zur Conferenz kam. Ueber allen diesen Ereignissen vergingen zwei Jahre. Directe Nachrichten von dem Lehrer kamen ihr nicht zu, und sie fing an daran zu zweifeln, ob er ein Ehrenmann sei. Zwar musste sie anerkennen, dass ihr Benehmen gegen ihn abstossend wirken musste, sie glaubte aber doch, dass er als rechtschaffener Mann sich hätte erklären müssen. Ganz erfüllt von dem Opfer, das sie durch ihr Verhalten der Schuldisciplin gebracht hatte, machte sie einmal dem Director, dem sie seine unzarte Einmischung nicht vergessen hatte, eine heftige Scene und wurde mit dem Rathe, eine Heilanstalt aufzusuchen, auf ein halbes Jahr beurlaubt. Der Leiter der Anstalt, den sie nun aufsuchte, constatirte Grössenwahn und Verfolgungswahn an ihr und erklärte sie für unheilbar verrückt. Als ich die Patientin etwa drei Jahre nach dem Beginn ihrer Krankheit zum ersten Male sah, war sie Gast einer befreundeten Familie und machte sich durch Ertheilung von Unterricht an die Kinder nützlich. Da sie weder in ihrem Verhalten noch in ihren Aeusserungen etwas Auffallendes bot, so musste natürlich die Nachricht, dass sie seitens eines Anstaltsleiters für unheilbar verrückt erklärt war, Befremden erregen, die Patientin wurde deshalb veranlasst, meinen Rath einzuholen. Ich fand an ihr eine gebildete, feinfühlige Dame, die sich auch darüber ganz klar war, dass sie das Recht gehabt hätte, ihre Beziehungen zu jenem jungen Manne ganz nach eigenem Ermessen zu ordnen, ihr Pflichtgefühl aber gegen die Schule hätte ihr keine Wahl gelassen, „sie hätte ihr Recht ihrer Pflicht zum Opfer gebracht". Darüber war sie nicht im Zweifel, dass der junge Mann die Absicht gehabt hätte, ihr einen Antrag zu machen. Doch musste sie zugeben, dass niemals ein Wort von ihm gefallen wäre, das nicht auch im gleichgültigen Sinne gedeutet werden könne. Wenn er sich nicht erklärt hatte, was sie für nicht ganz fair von seiner Seite hielt, so lag dies hauptsächlich an den Intriguen und den unzarten Einmischungen des Directors und der gesammten Lehrerschaft. Meiner Versicherung, dass alle ihre vermeintlichen Wahrnehmungen durch eine krankhafte, vorgefasste Meinung zu erklären wären und auf Täuschung beruhten, schenkte sie keinen Glauben, doch liess sie sich bewegen, freiwillig in eine Heilanstalt einzutreten, wo sie indessen nur wenige Wochen blieb. Jetzt nach weiteren zwei Jahren erfahre ich, dass die Patientin ihren Beruf an einer Privatschule wieder aufgenommen hat und sich dort vollkommen leistungsfähig erweist, sie ist aber inzwischen mit allen ihren An-

gehörigen vollständig zerfallen und misst ihnen einen Theil der Schuld daran bei, dass sie um ihr Lebensglück betrogen worden sei. Erklärungswahnvorstellungen und Erinnerungsfälschungen werden die Bausteine ihres nunmehr fertigen Systems geworden sein.

Meine Herren! Ich kann nicht umhin, noch eine kurze Bemerkung hier anzuschliessen. Hätte es sich statt um eine zartfühlende und gebildete Dame um eine etwas rücksichtslosere Persönlichkeit gehandelt, so hätte sie sicher ihre Ansprüche an den Lehrer auch energischer geltend gemacht und wäre ein typisches Beispiel der neuerdings so viel genannten [1]) verfolgten Verfolger geworden. Nach meiner Ueberzeugung sind die meisten dieser Fälle auf irgend welche krankhafte überwerthige Ideen zurückzuführen, nur dass diese eigentliche Grundlage des Systems den in Vorurtheilen [2]) befangenen Beobachtern oft verborgen bleibt. Auch der Anstaltsleiter, dessen oben citirter Ausspruch die nicht ganz unberechtigte Entrüstung der Dame hervorgerufen hat, ist nur an der Oberfläche der Dinge haften geblieben und hat von dem eigentlichen Wesen der Krankheit offenbar keine Ahnung gehabt.

Eine psychopathische Grundlage, aus der die überwerthige Idee erwachsen wäre, lag bei der Dame nicht vor. Man wird aber nicht fehl gehen, wenn man das „kritische“ Alter, in dem sie stand, verbunden mit einem Uebermaass geistiger Anstrengungen und der dadurch bedingten unzweckmässigen Lebensweise, als ausreichenden Grund für das Auftreten einer sexuell gefärbten überwerthigen Idee betrachten will.

---

1) Cf. Magnan, Psychiatrische Vorlesungen, deutsch von Möbius, Leipzig 1891.

2) Diese Vorurtheile beziehen sich auf die von mir behauptete und vielfach missverstandene Partialität der Krankheit in derartigen Fällen. In welchem Sinne ich diese Partialität auffasse, wird aus der hier gegebenen Darstellung genauer ersichtlich, so dass ich von einer ausführlichen Widerlegung der neuerlich von Hitzig: Ueber den Quärulantenwahnsinn, Leipzig 1895, gegen mich gerichteten Angriffe wohl absehen darf.

Sechzehnte Vorlesung.

Wann ist eine Geisteskrankheit abgelaufen?

Meine Herren!

Die Frage, ob und wann eine Psychose, die nicht zur Heilung gelangt ist, als abgelaufen zu betrachten ist, ist nach Allem, was wir zur Zeit wissen, eine der schwierigsten, die überhaupt gestellt werden kann, und dennoch in gleicher Weise von theoretischer wie von praktischer Bedeutung. In theoretischer Hinsicht erhellt ihre Wichtigkeit aus der Ueberlegung, dass wir in dem Sectionsbefund abgelaufener Fälle nur die Residuen krankhafter Veränderungen des Associationsorganes[1], nicht diese selbst mehr zu finden erwarten dürfen. In praktischer Hinsicht würden die wirklich abgelaufenen Fälle den Heilungen mit Defect in anderen pathologischen Gebieten gleich zu stellen sein. Ihrer Entlassung aus der Irrenanstalt würde gegebenen Falls nichts im Wege stehen, sobald die Veränderung des Bewusstseinsinhaltes an sich harmloser Natur ist, wie dies z. B. für die vermeintlichen Erfinder und Begründer neuer Weltanschauungen oft zutrifft. Die Anhaltspunkte, die wir zur Beurtheilung dieser Frage haben, werden selbstverständlich ausschliesslich in dem Gebiete der Symptomatologie zu suchen sein. Unsere Aufgabe besteht also darin, die psychotischen Symptome, die wir bis jetzt kennen gelernt haben, unter dem Gesichtspunkt zu prüfen, ob und inwieweit sie der Ausdruck eines noch floriden Krankheitsprocesses sind.

---

1) D. h. Gliawucherungen. Von epochemachender Bedeutung erscheint mir in dieser Hinsicht das Werk von C. Weigert: Beiträge zur Kenntniss der menschlichen Neuroglia, Frankfurt a. M. 1895. Wir dürfen hoffen, dass sich auf ihm eine pathologische Anatomie der Psychosen aufbauen wird.

Von höchster Wichtigkeit wegen ihrer überwiegenden Bedeutung in fast allen paranoischen Zuständen wird dies namentlich für die Erklärungswahnvorstellungen sein. Thatsächlich stellen sich diese oft als eine endlose Reihe dar, indem immer die eine die andere aus sich hervorgehen lässt und so der Vorgang der Wahnbildung immer aufs Neue stattfindet. In anderen Fällen dagegen sehen wir die gleiche inhaltliche Veränderung fortbestehen und einen Erklärungswahn sich nur andeutungsweise daran anschliessen. Ein augenfälliger Unterschied ist in dieser verschiedenen Reactionsweise sicher zu statuiren; die Frage ist nur, ob er in eigentlich pathologischen Verhältnissen begründet ist. Ich habe nun schon oben angedeutet, dass eine energische Reaction auf die einmal gesetzte Veränderung des Bewusstseinsinhaltes an sich als eine normale Gedankenthätigkeit zu betrachten ist, und dass also ebensowohl die Erklärungswahnvorstellungen als der innerlich damit verwandte Vorgang der nachträglichen Correctur des Bewusstseinsinhaltes nicht auf pathologischen Processen beruhen können. Immerhin hat auch diese nachträgliche Correctur zur Voraussetzung, dass die inhaltliche Aenderung des Bewusstseins von beherrschendem Interesse für den Kranken bleibt.

Das einfachste Beispiel, das sich hier bietet, ist die Wahnidee eines nicht zur Krankheitseinsicht gelangten Geisteskranken, dass er zur Zeit seiner Krankheit widerrechtlich eingesperrt gewesen und seiner Freiheit beraubt worden sei. Wir können annehmen, dass ein solcher Kranker bei Wiederaufnahme einer geregelten Thätigkeit und Rückkehr in geordnete Verhältnisse so viele andere normale Interessen vorfindet, dass schon ein besonders unglückliches Temperament dazu gehört, wenn sein Hauptinteresse dem vermeintlich erlittenen Unrecht zugewendet bliebe. Aber nehmen wir an, ein von der Rechtsidee durchdrungener Jurist hätte dieses Schicksal gehabt: dann würde das vorwiegend dem erlittenen Unrecht zugewandte Interesse und damit die Anbildung neuer Erklärungswahnvorstellungen wohl selbstverständlich sein. Er wird Beschwerde erheben, Entschädigungsansprüche machen. Aber „was dem Einen widerfährt, widerfährt dem Andern", es liegt also nichts näher als der Gedanke, dass auch Anderen das gleiche Unrecht widerfahren sei. Wird er nun mit seinen Beschwerden abgewiesen, so glaubt er vielleicht nicht nur sich selbst, sondern auch seinen Leidensgenossen es schuldig zu sein, dass er sein Recht weiter verfolgt. Der immer wieder abweisende Bescheid erschüttert seinen Glauben an die Rechtsprechung, er kommt auf die Vermuthung, dass die Richter bestochen seien, vielleicht von derselben Seite aus,

die auch ursprünglich ein Interesse daran hatte, ihn ins Irrenhaus zu bringen, oder dass das Recht gebeugt werde, um den vermeintlich begangenen Missgriff seitens der Anstalt zu vertuschen. Auch diese eigene Erfahrung wird verallgemeinert. Alle Rechtshändel betrachtet er nun unter diesem Gesichtspunkt und bildet so immer neue falsche Urtheile. Machen wir die leicht mögliche Annahme, dass die Ehefrau die Aufnahme in die Anstalt veranlasst habe. Schon in der Anstalt ist der Verdacht in ihm aufgetaucht, dass sie es mit einem Anderen halte, er hat dagegen gekämpft und ihn zeitweilig unterdrückt. Nun aber, ausserhalb der Anstalt, taucht der Verdacht wieder auf, er fängt an, das gesammte Thun und Treiben seiner Frau unter diesem Gesichtspunkte zu beobachten, achtet auf Dinge, die er früher nie beachtet hatte, legt Aeusserungen einen verfänglichen Sinn unter und dergl. mehr. Kommt es in Folge dessen zu den auch normaler Weise zu erwartenden Affecten, so entsteht die krankhafte Eifersucht, der Eifersuchtswahn mit allen den Conflicten, die schliesslich mit der Wiederinternirung des Kranken endigen. In allen diesen Händeln und Widerwärtigkeiten wird der Kranke sein Verhältniss zu anderen Personen und den Einrichtungen der Societät nunmehr schief nach dem einseitigen Gesichtspunkt beurtheilen, ob sie ihn oder die gegnerische Seite unterstützen. Wir sehen so eine ganze Kette von falschen Urtheilen sich bilden, lauter Wahnvorstellungen, jedes nachfolgende Glied die logische Folge der vorhergehenden, und jede Station des ganzen Weges kann der Ausgangspunkt des Quärulirens, von Beleidigungen und Gewaltthat werden. In der That sind derartige nicht geheilte Geisteskranke in ihren Handlungen unberechenbar.

Wir wollen nun untersuchen, welches die Bedingungen sind, die trotz eigentlich überstandener Geisteskrankheit einen so unheilvollen Ausgang herbeiführen. Dass die bestimmte Individualität dabei eine grosse Rolle spielt, ist schon oben angedeutet worden. Auch die Wichtigkeit einer geeigneten Beschäftigung habe ich schon betont, da dieselbe das Interesse des Kranken überwiegend in normale Bahnen lenken kann. Von grosser Bedeutung wird aber ausserdem der Umgang und das sociale Medium sein, worauf der Kranke angewiesen ist. Hat er es mit unverständigen Leuten zu thun, die seiner falschen Auffassung des Vorangegangenen Glauben schenken und ihn darin bestärken, vertieft er sich in die ebenso unverständigen Zeitungsberichte seiner Schicksalsgenossen, so wird er davon wieder aufgeregt und wird der fortgesetzten Wahnbildung kaum entgehen, während jeder Tag, jede Woche, die nach der Ent-

lassung verstreicht, ohne dass der Kranke seine vermeintlichen Ansprüche geltend macht und an sie denkt, für ihn ein Gewinn ist und das Abblassen dieses inhaltlich falschen Interessenkreises begünstigt. So muss ein affectvoller Gemüthszustand als allgemeinste Vorbedingung des Erklärungswahns betrachtet werden. Allmählich und in günstigen Fällen bemerken die Kranken selbst, dass die Auffrischung ihrer Krankheitszeit auf sie ungünstig wirkt, und ich könnte Ihnen mehrere Kranke der Art zeigen, die jetzt mitten im Leben stehen und sich selbständig ernähren, die nur äusserst ungern von ihrer Krankheitszeit sprechen und dadurch sogar der ärztlichen Exploration beträchtliche Schwierigkeiten entgegensetzen. Für die Praxis folgt aus dieser Ueberlegung, dass man mit der Entlassung nur gebesserter Geisteskranken nicht vorsichtig genug verfahren kann, während sie andererseits als Mittel, die normalen Interessen des Kranken durch ein selbstständig thätiges Leben zu stärken und so die Möglichkeit einer nachträglichen weiteren Restitution zu gewähren, nicht entbehrt werden kann. Andererseits wird es leider oft unvermeidlich sein, dass die Kranken ins Leben zurückkehren, ohne eine regelmässige Thätigkeit und geordnete sociale Verhältnisse anzutreffen, unter Bedingungen also, die nicht nur durch das Fehlen normaler Interessen schädlich sind, sondern sogar zur Entstehung deprimirender Affecte disponiren müssen. Ihr vorwiegendes Interesse kann dann der erfahrenen Unbill zugewendet bleiben, ein affectvoller Zustand sich einnisten, und die weitergehende Wahnbildung bleibt nicht aus. So sehen wir, dass individuelle Verhältnisse über den Ausgang entscheiden können, ein Beweis mehr für die Richtigkeit unserer Ansicht, dass die Bildung von Erklärungswahnvorstellungen nicht auf einem fortbestehenden Krankheitsprocesse beruhen kann. Ein weiterer Beweis hierfür liegt in dem Umstande, dass in gewissen acuten Krankheiten gerade das Fehlen von Erklärungswahnvorstellungen charakteristisch ist und mit einem ausgesprochenen Defect, einem augenscheinlichen Versagen der Gedankenthätigkeit einhergeht. Die Wahnbildung unterbleibt in diesen Fällen, gerade weil es an der normalen Verarbeitung der inhaltlichen Veränderung durch den Associationsmechanismuss fehlt.

Ganz anders wie mit den Erklärungswahnvorstellungen verhält es sich mit den meisten anderen Ihnen schon bekannten Symptomen. Zunächst kommen hier als Hauptmittel der Systematisirung die Symptome der additiven und subtractiven Erinnerungsfälschung und des retrospectiven Beziehungswahns in Betracht. Sie scheinen, wie schon oben gezeigt worden ist, immer nur dann sich einzustellen,

wenn das feste Gefüge der Associationen in grosser Ausbreitung durch Sejunctionsvorgänge gelockert ist. Da aber auch bei dem Vorhandensein dieser Vorbedingung die gleichen Symptome fehlen können, ohne dass ein eigentlicher Defectzustand die Erklärung dafür liefert, so sind wir doch auf die Annahme angewiesen, dass diese für den Ausbau eines Wahnsystems so wesentlichen Symptome noch einen anderen Entstehungsgrund haben müssen. Die nächstliegende Annahme ist die, dass nicht die geschehene Sejunction, sondern die noch geschehende, also der sich noch vollziehende Krankheitsprocess dafür nöthig ist. Zum mindesten drängt sich diese Annahme als die wahrscheinlichste auf für die drei anderen Symptome der autochthonen Ideen der Hallucinationen und des Beziehungswahnes, freilich mit einer gewissen Einschränkung.

Ich erinnere Sie daran, dass wir in der residuären Hallucinose ein Krankheitsstadium kennen gelernt haben, welches wir zugleich mit dem Hand in Hand gehenden Beziehungswahn seiner Zeit wesentlich als einen Folgezustand schon abgelaufener Sejunctionsvorgänge betrachtet haben. Diese Darstellung ist vielleicht zweckmässig dahin zu modificiren, dass es einem Stadium des Abklingens, des Nachlasses der sejunctiven Vorgänge entspricht, einem Stadium also, in dem die acutesten Sejunctionsvorgänge und damit alle anderen schweren Symptome einer acuten Psychose schon geschwunden sind, weshalb eben die vorbenannten elementaren Symptome in ihrer ganzen Reinheit hervortreten können. Es wurde oben die Annahme gemacht, dass eine Gewöhnung für die Erregung durch Rückstauung des Nervenstromes eintreten und dadurch die vorbezeichneten Symptome habituell werden könnten, während der pathologische Process zum Stillstand gekommen wäre. Diese Annahme würde offenbar nur für solche Fälle zutreffen, bei denen Phoneme und Beziehungswahn schon sehr lange, auch zur Zeit des acuteren Krankheitsstadiums bestanden haben, und für solche Fälle wird man die Möglichkeit einräumen müssen, dass sie sich als rein functionelle Störung gewissermaassen verewigen. Abgesehen davon wird es allerdings stets gerechtfertigt sein, in den vorbezeichneten Symptomen die Zeichen eines noch fortbestehenden, wenn auch unter Umständen im Abklingen begriffenen Krankheitsprocesses zu erblicken.

Eine zweite Ausnahme bildet das Vorkommen des circumscripten Beziehungswahnes, wie wir ihn auf S. 148 kennen gelernt haben. Bei dem ganz stabilen Befinden, welches diese Kranken im übrigen darbieten, und dem Auftauchen von Beziehungswahnideen immer nur in ganz bestimmten Situationen oder beim Anblick bestimmter

Menschen werden wir auch hier die Beziehungswahnideen als etwas Fixirtes, habituell Gewordenes, also ebenfalls nur als Ausfluss einer functionellen Veränderung betrachten können. Es drängt sich uns hier sogleich die Betrachtung auf, dass diese Beziehungswahnvorstellungen auch ihrem Inhalt nach nichts Neues sind, also eigentlich keine Weiterbildung des Wahnes darstellen. Und wenden wir dasselbe Kriterium auf die habituell gewordenen Phoneme und den Beziehungswahn jener vorerwähnten Fälle an, so werden wir erwarten dürfen, dass auch sie inhaltlich charakterisirt sind und zwar in der Weise, dass sie zwar als Ausdruck der vorhandenen Wahnideen gelten können, aber nicht zur Weiterbildung derselben oder Angliederung neuer Wahnideen führen. In der That giebt es hierher gehörige Krankheitsfälle, in denen es trotz Fortbestehens von Hallucinationen und Beziehungswahnvorstellungen niemals zu einer eigentlichen Systembildung kommt.

Im Allgemeinen wird man an dem Affect ein Kennzeichen dafür besitzen, ob sich die Hallucinationen und die Beziehungswahnvorstellungen nur in den schon gewohnten Gleisen bewegen oder ein Novum enthalten. Das Verblassen des Affectes ist deshalb oft von der günstigen Bedeutung, dass es ein Seltenerwerden der Hallucinationen und der Beziehungswahnvorstellungen und ihr allmähliches Aufhören ankündigt. Auch sonst lässt sich ein innerer Zusammenhang zwischen dem Affect und dem Auftreten jener activ psychotischen Symptome nicht verkennen; denn Affecte, welche ihrer Entstehung nach als normal bezeichnet werden müssen, bilden sichtlich oft die Gelegenheitsursache für das sporadische Auftreten von Phonemen und Beziehungswahnvorstellungen bei sonst ganz stabilen Zuständen. Ein Beispiel davon haben wir schon in dem seltenen Falle des Auftretens vereinzelter Phoneme bei Quärulanten kennen gelernt. Das ist auch der Grund, weshalb Kranke mit nur einigermaassen verbreiteten sejunctiven Vorgängen nach ihrer relativen Heilung oft darauf angewiesen bleiben, in der Anstalt zu leben. Jeder Versuch, in den harten Kampf ums Dasein zurückzukehren, hat einen Rückfall acuter psychotischer Symptome zur Folge, und nur eine wohl eingerichtete Anstalt bietet den Kranken die stete Rücksichtnahme und die wohlwollende Behandlung, ausserdem aber auch die Freiheit von materieller Noth, welche für diese Kranken die Vorbedingung ihres dauernden psychischen Gleichgewichtes bildet.

Meine Herren! Ganz allgemein könnte der Satz aufgestellt werden, dass ein feines Maass für die mehr oder weniger robuste Constitution eines Gehirns darin zu finden ist, wie es mit seiner

Widerstandsfähigkeit gegen Affecte besonders deprimirender Art bestellt ist. Auch anscheinend leistungsfähige Männer, die nie eine Geisteskrankheit durchgemacht haben, sieht man deshalb zuweilen mit ängstlicher Scheu den Anlässen zu stärkeren Affecten, die bei psychischer Verarbeitung ärgerlicher Vorkommnisse unvermeidlich sind, aus dem Wege gehen. Andererseits ist mir nichts beweisender für die Partialität der Störung und die im Gegensatz zur behaupteten „Entartung“ vorhandene gesunde Leistungsfähigkeit des Gehirns, als die gehobene Stimmung und die Kampfesfreude, mit welcher manche Querulanten trotz aller Enttäuschungen und Widerwärtigkeiten den Kampf um ihr Recht bis aufs Aeusserste fortsetzen.

Meine Herren! Als Hauptkriterium dafür, dass der Krankheitsprocess wirklich abgelaufen ist, haben wir sonach den Versuch zu betrachten, ob die Rückkehr ins bürgerliche Leben mit Erfolg gelingt. Dieser Versuch sollte deshalb, wenn irgend angängig, auch gemacht werden, und die Aufgabe der Anstalt, die Bedingungen für ein thätiges und freieres Leben künstlich zu schaffen, nur für jene Invaliden vorbehalten werden, die nicht anders existiren können. Ein zweites Kriterium ist ebenso wichtig, aber im Einzelfalle zuweilen versagend. Es besteht in dem Verhalten des Allgemeinbefindens. Der gröbste Ausdruck dafür ist ein sich gleichbleibendes relativ hohes Körpergewicht. Störungen des Schlafes und des Appetites sind schon dadurch ausgeschlossen. Der für Laien ganz überraschend grosse Einfluss, welchen das Gehirn auf die Ernährung hat, wird uns ganz besonders bei den acuten Psychosen entgegentreten. Er zeigt sich aber auch bei den chronischen Psychosen und überhaupt den paranoischen Zuständen darin, dass jeder acutere Schub und alle krankhaften Affectzustände mit einem Sinken des Körpergewichts einhergehen, welches nur durch specifisch trophische Einflüsse erklärt werden kann und oft in auffälligem Gegensatz zu der anscheinend unveränderten Bilanz zwischen Einfuhr und Ausfuhr steht. Hier bietet sich eine dankbare Aufgabe für Stoffwechselversuche, die zweifellos zu einem interessanten und lehrreichen Ergebniss führen würden.

Siebzehnte Vorlesung.

Verlauf der chronischen Psychosen. Aetiologische Classification.
Die Primordialdelirien Griesinger's.

Meine Herren!

Mit der summarischen Kenntniss der paranoischen Zustände, die Sie bis jetzt erworben haben, ist es natürlich nicht abgethan, vor allen Dingen sind Ihnen bis jetzt nur gewisse dominirende Symptome bekannt geworden, während eine grosse Anzahl anderer, die ebenfalls intercurrent auftreten können, erst bei den acuten Psychosen Erwähnung finden können. Indessen wird es Ihnen schon jetzt möglich sein, die Hauptzüge der grossen Ueberzahl von paranoischen Zuständen herauszufinden und so der Forderung zu genügen, welche beispielsweise an jedes psychiatrische Gutachten gestellt werden muss, dass nämlich die psychotischen Symptome im Einzelnen genau genannt werden, welche die Geistesstörung eines bestimmten vorliegenden Falles zusammensetzen, eine Forderung, die leider häufig nicht einmal in den Gutachten sogenannter Autoritäten erfüllt wird. Ich kann Ihnen den Satz nicht genug einprägen, dass Sie nur dann das Recht haben, einen Menschen für geisteskrank zu erklären, wenn Sie den Nachweis dafür durch Feststellung bestimmter psychotischer Symptome führen können; nur so wird Ihnen die Beschämung erspart bleiben, dass Ihr Gutachten gerechtfertigten Angriffen von Seiten der Laien ausgesetzt wird. Der „allgemeine Eindruck“, auf den sich sogar bekanntere Vertreter unseres Faches zuweilen berufen, wenn es ihnen nicht gelingt, bestimmte psychotische Symptome zu eruiren, ist nichts als eine allgemeine Redensart und muss, wenn er die Diagnose eines paranoischen Zustandes begründen soll, das tiefste Misstrauen hervorrufen. Es verdient die schärfste Zurückweisung, wenn in Fällen der Art gar noch

behauptet wird, dass es sich um einen wohlbekannten und verhältnissmässig einfachen Krankheitszustand handle, für den der Name Paranoia chronica simplex zutreffend sei. Bei Richtern wie Laien kann dann leicht der Eindruck beabsichtigter Irreführung hervorgerufen und dadurch das Ansehen des ganzen irrenärztlichen Standes geschädigt werden. Wollen Sie solche Missgriffe vermeiden, so beachten Sie, dass die offenbarste Selbstüberschätzung noch bei Weitem kein Grössenwahn, Misstrauen, Argwohn und Hass gegen einige oder viele Menschen noch kein Verfolgungswahn ist, und dass die paranoischen Zustände immer verhältnissmässig leicht zu fassende, durch ganz bestimmte psychotische Symptome nachweisbare Geistesstörungen sind.

In einigen unserer gelesensten Lehrbücher finden Sie die Eintheilung der Paranoia in eine Paranoia chronica simplex und hallucinatoria. Wie weit oder vielmehr wie wenig eine solche Unterscheidung gerechtfertigt ist, können Sie meinen Ausführungen entnehmen. Den Hallucinationen, wenigstens den fast immer dominirenden Phonemen, kommt eine selbständige Bedeutung überhaupt nicht zu.

Es bedarf vielleicht einer gewissen Entschuldigung, wenn ich, wie oben motivirt, das Wort paranoische Zustände zur Bezeichnung aller chronischen Geistesstörungen mit überwiegend inhaltlicher Veränderung des Bewusstseins gewählt habe. Man könnte von mir verlangen, dass ich dem gegenüber mindestens den Versuch machte, die angeblich wohlbekannte Paranoia chronica simplex deutlich abzugrenzen. Ich unterlasse einen solchen Versuch mit voller Absicht, weil es nach meiner Meinung eine wohlbekannte Krankheit der Art nicht giebt, wenn man nicht den Namen für eine sehr geringe Zahl unter einander übereinstimmender Einzelfälle monopolisiren will. Ich komme auf diese Fälle bald noch weiter zurück.[1])

Auch hinsichtlich der weiter gefassten paranoischen Zustände tritt die Mangelhaftigkeit unserer Kenntnisse besonders dann zu Tage, wenn wir den Versuch machen wollen, sie nach Entwickelung und weiterem Verlaufe in Unterabtheilungen zu scheiden. Näher bekannt sind uns in dieser Hinsicht nur gewisse Grenzfälle. Ich will dieselben nach den Daten, die ich hier schon öfter berührt habe, kurz recapituliren. Es sind unter den residuären Geistesstörungen eine gewisse Anzahl, die wir als stabile Zustände kennen gelernt haben, meist ausgezeichnet durch geringe Verbreitung der Symptome und Integrität der übrigen Functionen. Dann sind uns

1) Vgl. S. 164.

weiterhin besser bekannt eine Anzahl von Krankheitsfällen, die sich durch ganz allmähliche, einschleichende Entwickelung und ebenso langsamen, gleichmässig anwachsenden Verlauf auszeichnen, wobei es niemals zu eigentlichen acuten Schüben oder stärkeren Exacerbationen kommt. Für beide Krankheitstypen wie für alle inhaltlichen Veränderungen lässt sich eine Krankheitscurve construiren, die der Extensität des Krankheitszustandes entspricht. Dem ersteren Falle entspricht dann eine Form der Curve, welche der Abscissenachse parallel bleibt, dem zweiten Falle eine solche, die sich gleichmässig langsam ansteigend von der Abscissenachse entfernt.

Einige Bemerkungen seien diesen letzteren Zuständen von exquisit chronischem Verlauf gewidmet. Sie entsprechen dem etwas häufiger vorkommendem Typus des langsam entstehenden Verfolgungswahnes, an den sich nach längerer Zeit ein consecutiver Grössenwahn anschliessen kann. Die Periode der langsam und unmerklich sich vollziehenden Entwickelung dieser Fälle, für die es eben deshalb oft sehr schwer wird, den genauen Zeitpunkt des Beginnes festzustellen, ist durch das Auftreten von Beziehungswahnvorstellungen und demnächst vereinzelten Phonemen des gleichen Inhalts gekennzeichnet. Als allererstes Symptom kann eine überwerthige Idee Platz greifen und die Richtung des Beziehungswahnes bestimmen. Allmählich nehmen die Phoneme überhand, und es gesellen sich dazu auch Hallucinationen anderer Sinne und abnorme Sensationen. Der Verfolgungswahn wird dann nach zwei Richtungen systematisirt. Einmal durch Erklärungswahnvorstellungen, die sich auf die Thatsache der Hallucinationen selbst beziehen: der sogenannte physikalische Verfolgungswahn, dann durch solche, welche die Urheber und die Beweggründe der Verfolgung betreffen. Der Grössenwahn schliesst sich mit Vorliebe an die letztere Reihe von Erklärungswahnvorstellungen an aus dem logischen Bedürfniss heraus, die Entfaltung so grosser Mittel, das Aufgebot so vieler Menschen zu erklären. Bei wohlerhaltener Besonnenheit und formaler Denkthätigkeit kommt es schliesslich zur Bildung von technischen Ausdrücken mehr oder weniger abenteuerlicher Art, oft zuerst als Phoneme auftauchend, die den Kranken neugebildete Wörter an die Hand geben. Die Ausdrucksweise dieser Kranken erhält dadurch etwas ungemein Charakteristisches. Vermittelst ihres wohlfungirenden logischen Apparates wird allmählich das ganze Weltbild umgestaltet, und je nach dem geistigen Besitzstande des erkrankten Individuums können philosophische Systeme von mehr oder weniger abenteuerlichem

Aufbau begründet werden. Eine formal correcte Logik und nicht zu verkennende geistige Productivität bleibt bis zuletzt erhalten. In der philosophischen Literatur des letzten Jahrzehntes wird Ihnen ein mehrbändiges Werk von einem offenbar geisteskranken Gelehrten aufgefallen sein und Ihr Kopfschütteln erregt haben. Das Schlussergebniss des ganzen Krankheitsprocesses ist eine inhaltliche Veränderung auf allen drei Bewusstseinsgebieten, denn auch die Veränderung des eigenen Körpers macht sich den Kranken bald früher, bald später bemerklich; wollte man danach den Namen für diese Fälle wählen, so hat man es in ihren späteren Stadien jedenfalls mit einer chronischen totalen Psychose zu thun. Ebenso unzweifelhaft aber sind die Initialsymptome ausschliesslich und die ganze erste Periode der Krankheit überwiegend auf allopsychischem Gebiete zu suchen. Der lange Zeit allein nachweisbare Beziehungswahn hat durchaus den oben geschilderten allopsychischen Charakter, die Hallucinationen mit den sich anschliessenden Erklärungswahnvorstellungen führen eine allmähliche, aber unaufhaltsame Umdeutung der Aussenwelt herbei, und so ist für diese ersten Jahre der Krankheit die Bezeichnung der chronischen ascendirenden Allopsychose oder auch chronischen Hallucinose gerechtfertigt. Das Beiwort ascendirend enthält dann einen genügenden Hinweis darauf, dass die Psychose allmählich total wird, wie sie ja auch von der Zeit des Grössenwahns ab das autopsychische Gebiet in sich begreift. Zur Charakteristik der einschlägigen Fälle scheint es ferner noch zu gehören, dass es dabei niemals zu schwereren Symptomen von Seiten der Motilität kommt. Wenn auch relativ häufig,[1]) so ist doch die absolute Zahl der hierher gehörigen, rein chronisch progressiv verlaufenden Fälle auch nur gering. Sie sind es, die noch am meisten der angeblich so häufigen und gewöhnlichen Paranoia chronica entsprechen. Die beiden weiblichen Kranken Schmidt und Reising sind Beispiele davon, letztere zugleich von dem Beginn mit einer überwerthigen Idee.

Eine dritte Verlaufsweise der paranoischen Zustände ist mir im Lauf der Zeiten durch eine Anzahl von Fällen bekannt geworden. Sie entwickelt sich in der besonderen Weise, dass sie die Fortsetzung eines Anfalls acuter Psychose darstellt, nachdem mehrere Anfälle der gleichen acuten Psychose in den Jahren vorher überstanden und zur vollständigen Heilung gelangt sind. Diesen Krankheitsverlauf habe ich bisher im Anschluss an die acute Hallucinose oder acute

1) Vgl. S. 100.

hallucinatorische Allopsychose[1]) und zwar meist bei Alkoholisten beobachtet. Die Progression des chronischen Zustandes, der inhaltlich immer als physikalischer Verfolgungswahn auftritt, scheint hier bei weitem rascher und deletärer zu sein, als der der vorerwähnten von vornherein chronischen Form.

Einer vierten Verlaufsform paranoischer Zustände kann ich hier nur vorgreifend Erwähnung thun. Wir werden später bei den acuten Psychosen den Zustand der depressiven Melancholie kennen lernen, eine acute allgemeine Erkrankung, die sich durch den beigemischten Affect und die ebenfalls allgemeine intrapsychisch bedingte Akinese charakterisirt. Ein melancholischer Zustand der Art kann lange Zeit das Bestehen einer reinen Melancholie vortäuschen, bis man aus dem veränderten Benehmen des Kranken Anhaltspunkte gewinnt, dass die intrapsychische Functionsstörung nachlässt und gleichzeitig Beziehungswahnvorstellungen und entsprechende Phoneme sich eingestellt haben. Gewöhnlich ist es irgend ein Ausbruch der Entrüstung, der den Kranken zum Sprechen bringt und nun mit einem Schlage ein gänzlich verändertes Bild enthüllt. Der paranoische Zustand, der sich nun offenbart, ist gewöhnlich in gleichem Maasse aus Verfolgungs- und Grössenwahnvorstellungen zusammengesetzt, Ausbrüche von wüstem Schimpfen und Neigung zu Gewaltthätigkeit begleiten ihn in fast charakteristischer Weise, und es kommt verhältnissmässig rasch zu einer Fälschung des gesammten Bewusstseinsinhaltes bis zur inhaltlichen Verwirrtheit. In diesem Stadium der inhaltlichen Verwirrtheit scheinen die Kranken lange Zeit verharren zu können, zwar mit abnehmender Energie ihrer Handlungen, aber ohne eigentliche Demenz. Der schliessliche Ausgang ist mir nicht mit Sicherheit bekannt geworden. Um nicht missverstanden zu werden, bemerke ich, dass die inhaltliche Verwirrtheit durchaus nicht der eben geschilderten Verlaufsform ausschliesslich zukommt, sondern eine Folgeerscheinung jeder extensiveren Bewusstseinsfälschung darstellt. Die Kranken operiren schliesslich mit einer Reihe von Begriffen, die nur ihnen individuell eigenthümlich sind, wodurch sie für andere Individuen unverständlich werden und selbst auch andere Individuen falsch verstehen. Die inhaltliche Verwirrtheit ist also immer nur eine scheinbare Verwirrtheit und würde von einem anderen Individuum mit genau der gleichen Bewusstseinsfälschung gar nicht bemerkt werden.

Es wird ohne Zweifel später gelingen, eine Reihe von wohl-

1) S. später.

charakterisirten Verlaufstypen unter den paranoischen Zuständen ausser den vier hier eben mitgetheilten festzustellen, vorläufig aber muss ich mich mit diesen Andeutungen begnügen und mich darauf beschränken, die Aufgabe anzudeuten, die uns hier erwartet. Sie wird darin bestehen, die Gesetzmässigkeit festzustellen, mit welcher die einzelnen psychotischen Symptome und die inhaltlichen Veränderungen auf einander folgen; denn es kann nicht zufällig sein, wie sich die Symptome an einander reihen, ebenso wenig wie es auf einem Zufall beruhen kann, dass es im Gebiete der gesammten übrigen Nervenkrankheiten so oft zu bestimmten wohlcharakterisirten Gruppirungen der Symptome kommt. In letzterem Falle ist uns der Grund dafür nicht verborgen; er liegt in der bestimmten Anordnung der Nervenbahnen an bestimmten Orten. Wenn ich Sie nun daran erinnere, dass wir die inhaltlichen Veränderungen des Bewusstseins ebenfalls in gewissem Sinne als Herdsymptome betrachten konnten, so werden wir diese Betrachtung auch auf sie übertragen und gewisse Gruppirungen der Symptome als den Ausdruck bestimmter anatomischer Ordnungen auch in den Associationsbahnen auffassen können. Vorläufig stehen wir, wie gesagt, hinsichtlich dieser Gruppirungen erst im Anfange unserer Kenntnisse, und besonders möchte ich Sie davor warnen, die oben skizzirten Verlaufstypen als die besonders häufigen Fälle aufzufassen. In Wirklichkeit bilden sie nur einen Bruchtheil der vielen Varianten unbekannter Art, welche in den so ungemein zahlreichen paranoischen Zuständen enthalten sind.

Meine Herren! Es erscheint Ihnen vielleicht auffallend, dass ich bei der Aufgabe, die vielgestaltigen paranoischen Zustände zu ordnen, das ätiologische Eintheilungsprincip zu vernachlässigen scheine. Thäte ich das wirklich, so würde ich mich sicher auf einer falschen Bahn bewegen; aber Sie werden finden, dass ich gerade bei der in Schüben beginnenden und dann progressiv verlaufenden Psychose mit dem Inhalt des physikalischen Verfolgungswahnes die Aetiologie des Alkoholismus ausdrücklich erwähnt habe. In der That bildet die Frage der Aetiologie die zweite ebenso bedeutende Aufgabe, die es zu lösen gilt. Aber wie es verfehlt wäre, die Bleilähmung abzuhandeln, ehe man den häufigsten Typus derselben, die doppelseitige Radialislähmung, kennen gelernt hat, so wäre es auch ein unrichtiger Weg, wenn man bei den Psychosen die Eintheilung ausschliesslich auf die Aetiologie gründen wollte. Die Einseitigkeit dieses Weges kann ich Ihnen bald an der Thatsache demonstriren, dass die acute Hallucinose der Trinker auch bei Nicht-

trinkern vorkommt. Halten wir nur daran fest, dass die Psychosen Gehirnkrankheiten sind, und dass wir voraussetzen können, dass ein und dieselbe Oertlichkeit immer die gleichen Symptome macht. Hier bietet sich also ein der Forschung zugängliches Gebiet. Von bestimmten ursächlichen Einwirkungen dagegen können wir nicht erwarten, dass sie sich stets an dem gleichen Orte zeigen werden, ebensowenig wie eine Hirnblutung immer an der gleichen Stelle im Gehirn sitzt. Das ätiologische Moment wird deshalb immer das erst in zweiter Linie in Frage kommende Forschungsgebiet sein dürfen. Dabei ist mir wohlbekannt, dass unter Umständen auch der Ort, welcher befallen wird, durch die Aetiologie bestimmt werden kann, gerade die schon angezogene Bleilähmung, ausserdem aber die Erkrankung der Hinterstränge nach Alkoholismus und Syphilis, endlich der bekannteste Typus der progressiven Paralyse sind dafür Beispiele. Auch werden wir später in der acuten Hallucinose der Trinker, in der Hebephrenie und Presbyophrenie noch Psychosen kennen lernen, bei denen es sich ähnlich verhält. Im Allgemeinen aber kann es nicht stark genug betont werden, dass unser nächstes Eintheilungsprincip das der anatomischen Anordnung, mit anderen Worten das der natürlichen Gruppirung und Aufeinanderfolge der inhaltlichen Veränderungen sein muss.

Meine Herren! Ich muss mich vorläufig begnügen, meinen Standpunkt in diesen wichtigen Fragen zu erklären, behalte mir aber vor, später noch ausführlicher darauf zurückzukommen, da die acuten Psychosen eine bestimmte Stellungnahme zu diesen Fragen unbedingt erfordern. Eine vorläufige Erwähnung dieses Punktes war aber nicht zu umgehen; sind doch die chronischen Psychosen zu einem erheblichen Theil nur die Ausgänge von acuten Psychosen. Dann aber schien es mir gegenüber bestimmten Erscheinungen der Tagesliteratur geboten, mich zu diesen Strömungen nicht einfach schweigend zu verhalten.[1] Die Arbeiten eines hervorragenden französischen Psychiaters, Magnan, haben auch bei uns in Deutschland die hin und her schwankende öffentliche Meinung in diese Richtung gelenkt. Sie könnten deshalb leicht den Eindruck erhalten, als ob darin ein neuer glücklicher Ausdruck für eine Anzahl allseitig bekannter klinischer Thatsachen gefunden wäre, und

---

1) Es freut mich ausserordentlich, constatiren zu können, dass ich mich in meiner kritischen Auffassung der Magnan'schen Lehren mit Hitzig begegne. Aber auch darüber hinaus glaube ich in den Grundanschauungen, die er in seinem bedeutsamen Buche über den Querulantenwahn ausspricht, trotz aller gegen mich gerichteten Polemik, eine erfreuliche Uebereinstimmung wahrzunehmen.

als ob es eigentlich nur zwei grosse Krankheitsgruppen im Gebiete der chronischen Geistesstörungen zu unterscheiden gäbe, die Geistesstörungen der Entarteten einerseits und eine ätiologisch nicht, wohl aber klinisch gut ausgeprägte Geisteskrankheit, die der französische Autor „Délire chronique à évolution systématique“, der deutsche Uebersetzer aber „Paranoia completa“ nennt. Wie Sie sehen, muss ich mich schon principiell gegen eine solche Eintheilung wenden, denn sie kommt etwa darauf hinaus, eine vermeintlich klinisch gut bekannte Form der chronischen Geistesstörung, die angeblich fest umrissene chronische Paranoia, allen übrigen Geisteskrankheiten gegenüberzustellen und für die letzteren nur eine Aetiologie, die sogenannte Entartung, anzuerkennen. Sie begegnen hier nach meiner Ueberzeugung genau derselben Uebertreibung, welche bisher noch jeden Eintheilungsversuch der Psychosen zum Scheitern gebracht hat. Auch dieser Mustertypus einer vollständigen chronischen Paranoia ist nach meiner Meinung viel zu weit gefasst und enthält eine ganze Anzahl von unter einander verschiedenen, noch zu differenzirenden chronischen Psychosen. Und nur so konnte der Verfasser auf den Gedanken kommen, ihr das ganze grosse Gebiet der bei „Entarteten“ vorkommenden Psychosen gegenüberzustellen. Was nun diese letzteren Fälle betrifft, so zweifle ich nicht, dass auch dieser ätiologische Gesichtspunkt sich fruchtbar erweisen wird, ebenso wie mancher andere; in den Arbeiten Magnan's aber wird er jedenfalls bei Weitem überschätzt, und ich glaube Ihnen als Kern derselben hier nur die eine Thatsache herausschälen zu sollen, dass bei „Entarteten“ mit Vorliebe psychotische Symptome auftreten, die entweder vereinzelt bleiben, wie die überwerthigen Ideen, oder nur einen geringen Grad der Intensität erreichen, so dass es fraglich bleiben muss, ob das betroffene Individuum schon als eigentlich geisteskrank zu betrachten ist. Dass derartige Grenzfälle bei den „Entarteten“ besonders häufig anzutreffen sind, wird kaum irgend wo anders mit solcher Evidenz dargethan, wie in den Studien Magnan's; auf einer Uebertreibung aber beruht es wieder, wenn der Verfasser zu meinen scheint, Krankheitsfälle wie die von mir als circumscripte Autopsychose oder überwerthige Idee bezeichneten kämen nur bei „Entarteten“ vor. Das ist durchaus nicht der Fall, wenn man nicht eben das Auftreten der Psychose selbst schon als Beweis der vorhandenen Entartung anerkennen will.

Meine Herren! Gestatten Sie mir zum Schluss dieser Besprechung noch eine Bemerkung, die dazu bestimmt ist, möglichen Missverständnissen vorzubeugen. Ich bin mir wohl bewusst, dass

ich die Aufgabe, die ich mir ursprünglich gestellt habe, Ihnen eine naturgetreue Schilderung der paranoischen Zustände zu entwerfen, nur sehr ungenügend erfüllt habe. Sie werden später finden, dass ich eine Reihe wichtiger Symptome hier gar nicht berührt habe, dass ich andererseits Manches schon erwähnt habe, was eigentlich in das Gebiet der acuten Geisteskrankheiten gehört. Aber die Schwierigkeit liegt hier in der Sache. Eigentlich ist es unmöglich, auch nur ein Einzelgebiet, wie ich es hier herausgegriffen habe, anschaulich zu schildern, ohne auf das Gesammtgebiet überzugreifen und darauf Rücksicht zu nehmen. Diese Unmöglichkeit hat sich mir aber bei den acuten Geisteskrankheiten noch in viel höherem Maasse herausgestellt, so dass ich mich nach vieljähriger Arbeit sogar entschliessen musste, den Plan meiner Arbeit von Grund aus umzustossen und die acuten Geisteskrankheiten, welche doch die Hauptquelle der paranoischen Zustände bilden, hinter diese letzteren zurückzustellen. Und so verhält es sich auch mit den einzelnen Symptomen. Jedes neu auftauchende Symptom kann einer Geistesstörung den acuten Charakter verleihen. Die meisten chronischen Geisteskrankheiten zeichnen sich sogar durch acute Schübe neuer Symptome aus, welche in irgend einer Periode ihres Verlaufes auftreten. Ich habe die Schilderung dieser Zustände mit Absicht möglichst vermieden, weil sie ein besonderes Capitel der acuten Psychosen bilden sollen; ganz konnte es aber nicht gelingen, derartige Schübe von neu auftretenden Einzelsymptomen zu trennen, weil eben, wie überall in der Natur, auch hier unmerkliche Uebergänge stattfinden.

Meine Herren! Die Geschichte der Psychiatrie ist ein Gebiet, das wohl dem Fachmann äusserst interessant ist, für Sie aber, die noch der Belehrung in den Anfangsgründen bedürfen, hinter den dringenderen Erfordernissen des Tages zurückstehen muss. Trotzdem möchte ich nicht unterlassen, hier einen Punkt zu berühren, dem eine Bedeutung in der Geschichte unserer Wissenschaft nicht abzusprechen ist. Er betrifft die von Griesinger so genannten Primordialdelirien. Sie werden in der inneren Klinik von diesem grossen Kliniker so viel gehört haben, dass es Ihnen nicht wunderbar erscheinen wird, wenn sein Lehrbuch der Psychiatrie noch jetzt zu den gelesensten Büchern gehört und seiner Zeit eine geradezu erstaunliche Wirkung hervorgebracht hat. In diesem Buche noch steht Griesinger auf einem einseitigen und von namhaften älteren Autoren nicht getheilten Standpunkte in so fern, als er das Auftreten primärer inhaltlicher Veränderungen ohne vorangegangene

melancholische Verstimmung bestreitet, und erst im Jahre 1867[1]) hat er sich mit der Aufstellung seiner „Primordialdelirien“ zu einer richtigeren Auffassung bekehrt, nachdem ihm Snell[2]) mit seinem Vortrage über „Monomanie als primäre Form der Seelenstörung“ darin vorangegangen war. Bei der dominirenden Stellung, welche der bedeutenden Persönlichkeit Griesinger's innewohnte, können Sie sich vorstellen, dass die nun von ihm verkündete Lehre von den Primordialdelirien alle Geister bewegte und als ein grosser Fortschritt unserer Wissenschaft begrüsst wurde. Ich weiss mich aus der Zeit des Anfanges meiner psychiatrischen Laufbahn, die in das Jahr 1871 fiel, noch sehr genau zu erinnern, dass dieser Punkt immer im Vordergrund der Discussion stand, wenn überhaupt über psychiatrische Dinge discutirt wurde. Allerdings gehörte es zu den unbeabsichtigten Wirkungen des Buches und der Lehrthätigkeit Griesinger's, dass dies nur selten geschah und das Interesse aller jüngeren Psychiater überwiegend dem Gebiete der Gehirn- und Nervenkrankheiten zugewandt war. Bei dieser Sachlage wird es Ihnen befremdlich sein, dass ich unter den psychotischen Symptomen, welche als Grundlagen der paranoischen Zustände zu betrachten sind, die „Primordialdelirien“ nicht erwähnt habe. Dies will ich sogleich begründen. Vorher aber gestatten Sie mir eine Bemerkung über das Verhältniss Snell's, dem doch unstreitig die Priorität gebührt, zu Griesinger. Warum knüpft man den berühmten Begriff der Primordialdelirien nicht an den Namen Snell's, sondern an den Griesinger's an? Nun, die Antwort ist sehr einfach die, dass zwar die gleiche Erscheinung beiden Forschern vorlag, dass aber nur der auf der Höhe der klinischen Methode stehende, vielseitig durchgebildete Kliniker das Bedürfniss hatte, sie auf ein bestimmtes, elementares psychotisches Symptom zurückzuführen, welches er eben Primordialdelirien nannte. Beide Autoren gehen von der gleichen klinischen Erfahrung aus, dass bei einer bestimmten Art der Geisteskranken, die Griesinger primäre Verrücktheit, Snell Monomanie nennt, ohne vorgängige Melancholie,[3]) also anscheinend primär, Verfolgungsideen bei gehobener, selbstbewusster Stimmung auftreten. Aber während Snell sich damit begnügt, den Verlauf dieser Fälle, die Integrität der Intelligenz dabei, das öftere Hinzutreten consecutiver Grössenideen, in

1) Veröffentlicht erst 1870 in seinem „Vortrag zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik“, Arch. f. Psych. I.

2) Allg. Zeitschr. f. Psych. 22. Bd. 1865.

3) Im Sinne der älteren Autoren. S. später.

allgemeinen Umrissen zu skizziren, sucht Griesinger tiefer in das Wesen der Dinge zu dringen und findet die Quelle der Verfolgungs- event. auch Grössenideen in ursprünglich auftauchenden falschen Vorstellungen, genauer gesagt, falschen Urtheilen. Um Ihnen klar zu machen, was ich meine, führe ich derartige Urtheile an. Dem einen Kranken (im Falle einer Angstpsychose z. B.) taucht der Gedanke auf, seine Eltern, seine Frau, seine Kinder seien gestorben, und er ist ohne Weiteres davon überzeugt. Dem anderen kommt der Gedanke, er solle hingerichtet werden, einem dritten, er sei Millionär oder fürstlicher Abstammung. Es handelt sich also um „auftauchende Gedanken“, die für wahr gehalten werden, eine Erscheinung, die Sie an die Zwangsvorstellungen und autochthonen Ideen erinnern wird.

So wenigstens kann ich Griesinger nur verstehen, und darin erblicke ich sein eigentliches Verdienst. Sehen wir, wie er selbst sich darüber in seinem Vortrage zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik am 4. Mai 1867 [1]) ausspricht. „In den Ganglienzellen der grauen Hirnrinde gehen nach unseren heutigen Annahmen die Processe vor sich, welche die Vorstellungen auslösen.“ Wie nun ein abnormer Gang durch die Rückenmarkserkrankung der Tabes dorsalis resultirt, „so müssen bei anormaler Action jener Hirnrindenzellen unmittelbar Bilder, Worte, Vorstellungen aller Art ausgelöst werden, welche der Wirklichkeit nicht mehr entsprechen“. Wir sehen hier Griesinger einen Standpunkt vertreten, der dem unsrigen sehr nahe steht. Doch ist ihm die Schwierigkeit nicht entgangen, dass gerade unsinnige Urtheile von den präformirten materiellen Trägern des Denkprocesses producirt werden sollten. Zur Erklärung dafür weist er auf zwei Reihen von Erscheinungen hin. Einmal kann die Störung der Ganglienzellen rein functionell und von anderen, entfernten Stellen her erregt sein. Er nennt diese Erscheinung, bei der die erste Erregung z. B. durch Sensationen in den Eingeweiden bedingt sein kann, Mitvorstellungen. Diese Anschauung können wir einfach acceptiren, und Sie erinnern sich, dass ich eine derartige Entstehung von bestimmten Vorstellungen mit der Bezeichnung Angstvorstellungen wiederholt angedeutet habe. Bei den acuten Psychosen wird der Ort sein, ausführlicher darauf zurückzukommen.

Die zweite Reihe von klinischen Erscheinungen, in denen er eine Analogie mit dem primären Auftreten bestimmter falscher Ur-

1) Arch. f. Psych. I. p. 143.

theile bei Geisteskranken erblickt, ist das Auftreten von Zwangsvorstellungen bei Neurasthenikern und die überwiegende Häufigkeit von Thierdelirien beim Delirium potatorum, endlich die subjective Empfindung einer ganz bestimmten Farbe, des Roth, bei gewissen pathologischen (z. B. epileptischen) Hirnzuständen. Hier ist ein Zusammenhang mit den gesetzmässig falschen Urtheilen der Geisteskranken nur rücksichtlich der Zwangsvorstellungen herzustellen. So bleibt es denn für Griesinger das grosse Räthsel, wie gerade die Gesetzmässigkeit dieses Inhaltes zu Stande kommt, das Auftreten von Grössen- und Verfolgungsvorstellungen, welche „vielleicht unter zehn Kranken bei fünf durch die ganze Dauer der Krankheit den Hauptinhalt des Deliriums bilden“. Nun, wir wissen seit Meynert, dass es die Eigenschaften des primären Ich, des Kindes und des Naturmenschen sind, welche sich in dieser Gesetzmässigkeit wiederspiegeln, und ich brauche Sie nur auf seinen Aufsatz „Ueber den Wahn“ [1]) hinzuweisen, um Sie darüber zu orientiren. Im Naturzustande des Menschen werden Ereignisse, die sein Wohl und Wehe berühren, als Handlungen gedeutet; auf dieser Grundlage entwickeln sich Verfolgungs- und Grössenvorstellungen als die beiden Grundformen der Reaction des Individuums ebenso wie der Völker auf die Eindrücke der Aussenwelt.

Wir werden uns nun aber die Frage vorzulegen haben: Giebt es thatsächlich eine derartige primäre Entstehungsweise des Verfolgungswahns oder Grössenwahns im Sinne Griesinger's? Diese Frage kann ich nur sehr bedingt bejahen. Nach meiner Kenntniss entwickelt sich der vermeintlich primäre Verfolgungswahn für die chronischen Psychosen im Allgemeinen entweder aus Beziehungswahnvorstellungen, wie schon oben geschildert, oder als Erklärungswahn, und eine andere Entstehungsweise ist für die paranoischen Zustände nach meiner Meinung ausgeschlossen, wenn man nicht etwa so weit gehen will, auch den Verfolgungswahn des Schwachsinnes dazu zu rechnen. Aehnliches gilt für den Grössenwahn. [2]) Doch gebe ich zu, dass es ausser dem consecutiven Grössenwahn, welcher sich in logischer Folge aus dem Verfolgungswahn entwickelt, ferner ausser dem Grössenwahn der Schwachsinnigen, wovon später die Rede sein wird, noch zwei Quellen des sogenannten Grössenwahnes giebt, welche leicht übersehen werden können und dann das Auftreten

1) Sammlung von populär-wissenschaftlichen Vorträgen, 1892, S. 83.

2) Damit glaube ich in Uebereinstimmung mit Snell zu sein, welcher im Wesentlichen ebenfalls das primäre Auftreten von Ueberschätzungsideen bestreitet. Die Ueberschätzungsideen der Paranoia. Allg. Zeitschr. f. Psych. 46. Bd. S. 446.

eines primären Grössenwahnsinnes vortäuschen können. Die eine ist eine schon früher gelegentlich erwähnte somatopsychische inhaltliche Veränderung, ein hypochondrisches Glücksgefühl, wie das Angstgefühl in der Brustgegend localisirt, wohl auch mit diesem wechselnd. Meist wird es mit dem Vorgang der Athmung in Beziehung gebracht und als besonders leichte freie Athmung geschildert. So verhielt es sich beispielsweise bei dem schon früher[1]) erwähnten Kranken Schulz, der vom heiligen Geist erfüllt zu sein glaubte, begeisterte Predigten an das Volk richtete und nach einem Nachbarorte reiste, um sich dort zum Hofprediger weihen zu lassen. Der Grössenwahn ist dann nur ein Fall der von mir sogenannten Glücksvorstellungen und bildet das Analogon zu den Ihnen gelegentlich schon erwähnten Angstvorstellungen. Die zweite Quelle ist wieder der Beziehungswahn, oft im Anschluss an gewisse überwerthige Ideen, andere Male wieder an das oben geschilderte hypochondrische Glücksgefühl. Die in Fällen der Art auftauchenden autochthonen Ideen, Erinnerungsfälschungen und der retrospective Beziehungswahn dienen dann zur Einkleidung in Thatsachen, zur Ausfüllung des Schemas, das in der gehobenen Stimmung und dem gesteigerten Selbstgefühl gegeben ist.

Nur eine Ausnahme möchte ich ausdrücklich constatiren, um den klinischen Thatsachen keinen Zwang anzuthun. Es scheint, wenn auch sehr selten, eine in der Jugend sich entwickelnde chronische Geisteskrankheit vorzukommen, Sander's[2]) „originäre Verrücktheit“, bei der Primordialdelirien im Sinne Griesinger's die ursprüngliche Quelle der Grössenideen bilden. Doch kommen reine Fälle der Art nur ganz ausnahmsweise zur Beobachtung. Ein näheres Eingehen auf diese Fälle gestattet fast immer, den Grössenwahn auf eines der anderen vorher genannten psychotischen Elementarsymptome zurückzuführen. Abgesehen davon ist der Mehrzahl dieser Fälle sogenannter originärer Verrücktheit ein schon zeitig nachzuweisender erheblicher Schwachsinn eigen, wie überhaupt die sogenannte originäre Verrücktheit und die später noch zu erörternde Hebephrenie vielfache Anklänge unter einander haben und nur in gewissen extremen, jedoch unstreitig vorhandenen Fällen von einander scharf abgetrennt werden können. Nach meiner Erfahrung gehören die meisten derartigen Fälle, in denen nicht eins der

1) Auf S. 117.

2) Ueber eine specielle Form der primären Verrücktheit. Arch. f. Psych. I. S. 378. Die Bemerkungen über den Grössenwahn auf S. 138 und 139 beziehen sich auf Beispiele sogenannter originärer Verrücktheit.

oben erwähnten eigentlich psychotischen Elemente nachweisbar ist, ihres zeitig ausgesprochenen Schwachsinnes wegen zur Hebephrenie.

Meine Herren! Ich kann diesen historischen Excurs nicht schliessen, ohne einer bedeutenden literarischen Erscheinung zu gedenken, in welcher die Primordialdelirien Griesinger's einen beredten, nur leider über das Ziel hinausschiessenden Vertheidiger gefunden haben. Friedmann in seinem Buche „über den Wahn“ [1]) sucht das eigentliche Wesen der Wahnidee — sagen wir der inhaltlichen Bewusstseinsfälschungen — bei den paranoischen Zuständen in derartigen, nach dem Typus der Primordialdelirien zu Stande gekommenen falschen Urtheilen. Die nahe verwandten Zwangsvorstellungen gelten ihm deshalb als ein Fundamentalsymptom der auch von ihm acceptirten, aber in sehr weitem Sinne verstandenen „Paranoia“. Wir werden später sehen, dass seine Annahme für die acuten Geisteskrankheiten vielfach zutrifft, müssen aber seinen Versuch der Verallgemeinerung zurückweisen. Bei den chronischen wird sie durch die Erfahrung widerlegt, und wir werden nicht fehl gehen, wenn wir den Mangel an einem grossen Irrenmaterial für diese Einseitigkeit des scharfsinnigen Forschers verantwortlich machen.

---

1) Wiesbaden 1894.

Inhaltsverzeichniss.

Erster Theil.

Psycho-physiologische Einleitung.

Seite

Erste Vorlesung 1
Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten, praktisch aber dennoch von ihnen unterschieden. Projectionssystem und centrale Projectionsfelder. Associationsorgan. Gehirnkrankheiten zu definiren als: Krankheiten des Projectionssystems, Geisteskrankheiten als verbreitete Krankheiten des Associationsorganes. Gegensatz von primärer und secundärer Identification im Falle der Sprache.

Zweite Vorlesung 10
Begriffscentrum im Sprachschema durch beliebig localisirte Vorstellungen zu ersetzen. Ausgangsvorstellung und Zielvorstellung im Sprachschema. Verallgemeinerung des Sprachschemas. Arten der Bewegungen: Ausdrucks-, Reactiv-, Initiativ-Bewegungen. Die Störungen der secundären Identification sind psychosensorisch, psychomotorisch oder intrapsychisch bedingt.

Dritte Vorlesung 20
Natur der Erinnerungsbilder. Nachbilder der Retina und optische Erinnerungsbilder. Die Annahme besonderer Wahrnehmungs- und Erinnerungszellen ist zur Erklärung ungenügend. Localzeichen der Retina. Gesichtsvorstellungen.

Vierte Vorlesung 29
Der concrete Begriff eine Association von Erinnerungsbildern. Bewusstsein der Aussenwelt. Zahl der Begriffe. Causalitätsbedürfniss.

Fünfte Vorlesung 36
Der Körper ein Theil der Aussenwelt. Bewusstsein der Körperlichkeit eine Function der centralen Projectionsfelder. Organempfindung und sinnlicher Inhalt der Empfindungen. Gefühlston der Empfindungen. Auch die grossen Eingeweide im Bewusstsein der Körperlichkeit vertreten.

Sechste Vorlesung 48
Begriff der spontanen Bewegung, Unterschied von der Reflexbewegung. Lageempfindung und Lagevorstellung, Innervationsgefühle und deren Erinnerungsbilder, Bewegungsempfindung und Bewegungsvorstellung gehen sämmtlich aus Organempfindungen hervor. Auch die Tastempfindungen und Tastvorstellungen des Tastorgans der Hand sind aus Organempfindungen abzuleiten.

Seite

Siebente Vorlesung 58
Bewusstsein der Persönlichkeit oder Individualität. Ist es der Localisation zugänglich? Das Räthsel des Selbstbewusstseins.

Achte Vorlesung 67
Die Bewusstseinsthätigkeit abhängig von dem Bewusstseinsinhalt. Präformirte Ordnung der Gedankenverbindungen. Bewusstseinsenge. Grade des Bewusstseins, Aufmerksamkeit und Wille. Merkfähigkeit. Affecte. Normalwerthigkeit der Vorstellungen.

Zweiter Theil.

Die paranoischen Zustände.

Neunte Vorlesung 81
Uebersicht der klinischen Aufgaben. Geistesstörung. Geisteskrankheit. Paranoische Zustände. Die ungeheilten Geisteskranken. Krankendemonstrationen.

Zehnte Vorlesung 91
Krankenvorstellungen (Fortsetzung).

Elfte Vorlesung 101
Innere Verwandtschaft der abgelaufenen sogen. „alten“ Fälle und der chronischen Psychosen. Erklärungswahnideen autopsychischer, allopsychischer und somatopsychischer Entstehung. Autochthone Ideen und Hallucinationen.

Zwölfte Vorlesung 112
Sejunctionshypothese und Versuch einer Erklärung der pathologischen Reizsymptome. Erklärungswahnideen in Folge von Motilitätssymptomen und von an sich normalen Functionen.

Dreizehnte Vorlesung 125
Hallucinationen von Sprachlauten oder Phoneme. Beziehungswahnvorstellungen autopsychischer, allopsychischer und somatopsychischer Entstehung.

Vierzehnte Vorlesung 135
Der retrospective Erklärungswahn. Die Erinnerungsfälschungen.

Fünfzehnte Vorlesung 145
Rückblick auf die bisher abgehandelten Elementarsymptome. Die überwerthigen Ideen.

Sechzehnte Vorlesung 155
Wann ist eine Geisteskrankheit abgelaufen?

Siebzehnte Vorlesung 162
Verlauf der chronischen Psychosen. Aetiologische Classification. Die Primordialdelirien Griesinger's.

Achtzehnte Vorlesung.

Begriffsbestimmung der acuten gegenüber den chronischen Psychosen. Vorstellung eines fast geheilten Falles acuter Psychose. Bedingungen und besondere Färbung der Erklärungswahnideen. Einige neue Quellen der Wahnbildung: durch Analogieschluss, durch mangelnde Aufmerksamkeit, durch krankhafte Neubildung von Associationen.

Meine Herren!

Die acuten Psychosen sind in erster Linie durch die Art und Weise ihrer Entstehung charakterisirt: alle diejenigen Geistesstörungen werden wir, entsprechend dem Gebrauch des Wortes bei anderen Organerkrankungen, zu den acuten rechnen müssen, welche sich innerhalb von Stunden oder Tagen oder wenigen Wochen zu einer bedeutenden Höhe der Symptome entwickeln. Dabei bleibt es der weiteren Entwickelung der Krankheit vorbehalten, ob und wie lange sie das acute Gepräge beibehält oder ob sie heilt oder in einen chronischen Zustand übergeht. In letzterem Falle wird die acute Psychose zu dem acuten Anfangsstadium einer chronischen Psychose. Mit demselben Recht werden auch in andere als die Anfangszeiten fallende acute Stadien der chronischen Psychosen den acuten Psychosen zugerechnet werden müssen.

Es würde jedoch den complicirten Verhältnissen der Wirklichkeit und dem darauf fundirten Sprachgebrauch wenig entsprechen, wenn wir das Merkmal des zeitlichen Verlaufes allein als maassgebend betrachten wollten, um eine Psychose als acut oder chronisch zu bezeichnen. Vielmehr ist die Qualität des Krankheitsbildes, das „acute Gepräge“, welches ihr in Folge einer raschen Entwickelung zunächst anhaftet, ein Merkmal von solcher Selbstständigkeit, dass es selbst bei langer Dauer der Krankheit, oder, wo die Bedingung einer raschen Entwickelung nicht zutrifft, den Ausschlag dafür geben wird, eine acute Psychose zu statuiren. Darin zeigt

sich nur die besondere Stellung, die den Krankheiten des Nervensystems überhaupt eingeräumt werden muss: eine seit Jahren bestehende Ischias oder sonstige Neuralgie, eine alte Tabes kann mit den rasendsten Schmerzen einhergehen, das exquisit chronische Leiden des Hirntumors bringt ganz gesetzmässig Zeiten acutester Hirnsymptome, d. h. einer Combination von Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen und allgemeinen Convulsionen mit sich. So zeigen sich die acuten Reactionen des Nervensystems ganz allgemein von einem zeitlichen Ablauf der Reize abhängig, der überwiegend häufig ohne ersichtlichen Zusammenhang mit dem Ablauf des groben Krankheitsprocesses — den anatomischen Gewebsveränderungen — ist. Bei unserem Bestreben, die acuten Psychosen näher zu charakterisiren, sind wir in Folge dessen auf andere, mehr in das Wesen der Dinge eingehende Kriterien angewiesen. Ich erinnere Sie, meine Herren, an meine Bemerkungen[1]) über das gegenseitige Verhältniss von Bewustseinsinhalt und Bewustseinsthätigkeit und im Verfolg derselben an das Ergebniss, dass die krankhaften Veränderungen des Bewustseinsinhaltes den Hauptgegenstand unserer Betrachtung bilden mussten, als wir es mit den chronischen Psychosen zu thun hatten. Wir müssen jetzt, wo uns dieses Gebiet vertraut ist, hinzufügen: die dauernden oder fixirten Veränderungen des Bewusstseinsinhalts. Wir werden aber kein Bedenken tragen, weiter zu schliessen: die krankhaften Veränderungen der Bewusstseinsthätigkeit bilden das Gebiet der acuten Psychosen.

Meine Herren! Wenn Sie sich nun an das Schema[2]) erinnern wollen, welches ich Ihnen seiner Zeit zur Ableitung der psychotischen Symptome gegeben habe, so werden Sie bald bemerken, dass es zugleich ein Schema der krankhaften Veränderungen der Bewusstseinsthätigkeit darstellt, Veränderungen, welche wir in ihrer Gesammtheit als Störungen der secundären Identification erkannt haben. Es wäre die Aufgabe einer eigenen selbstständigen Symptomenlehre der Geisteskrankheiten, die aus dem Schema abzuleitenden Symptome abzuhandeln und ihr Vorkommen und ihre Bedeutung bei den verschiedenen Geisteskrankheiten in das rechte Licht zu stellen. Doch würde jeder Versuch der Art uns zu weit von unserer eigentlichen Aufgabe, concrete Krankheitsfälle kennen zu lernen, entfernen, sodass ich mich darauf beschränken werde, nur die theoretisch wichtigsten von diesen Identificationsstörungen, welche für die allgemeine

---

1) Auf S. 82.
2) Vgl. S. 18.

Pathologie der Geisteskrankheiten schlechtweg unentbehrlich sind, gesondert etwas eingehender zu besprechen. Es sind hauptsächlich diejenigen Symptome, welche in das Gebiet der Sinnestäuschungen fallen oder in einem inneren Zusammenhange mit demselben stehen. Im Uebrigen werde ich mich darauf beschränken müssen, bei Gelegenheit von Krankenvorstellungen jedes Mal die Symptome, die uns neu entgegentreten, mit Rücksicht auf unser Schema in ihrer Bedeutung zu beleuchten.

Meine Herren! Eine einfache Ueberlegung wird Ihnen darthun, dass mit diesen aus unserem Schema abzuleitenden Symptomen die Symptomatologie der acuten Geisteskrankheiten nicht erschöpft sein kann. Waren wir doch früher zu der Einsicht gekommen, dass die Bewusstseinsthätigkeit den Bewusstseinsinhalt zum Ergebniss hat, so dass eine veränderte Bewusstseinsthätigkeit nothweniger Weise auch Veränderungen des Bewusstseinsinhaltes zur Folge haben muss und wir die acuten Geisteskrankheiten definiren konnten als die Veränderung des Bewusstseinsinhaltes, welche wir innerhalb einer bestimmten Zeit sich vollziehen sehen.[1] Nun werden wir a priori voraussetzen können, dass diese Veränderungen des Bewusstseinsinhaltes bei den acuten Geisteskrankheiten weniger fixirt oder von Dauer sein werden als bei den chronischen. Trotzdem ist die klinische Bedeutung der inhaltlichen Störungen des Bewusstseins bei den acuten Geisteskrankheiten so erheblich und für die Fixirung eines bestimmten Krankheitsbildes ausschlaggebend, dass wir begreifen, dass jede Krankheitslehre, die diesen Gesichtspunkt vernachlässigen wollte, einseitig und unvollständig, für die Fülle der klinischen Thatsachen nicht zureichend ausfallen müsste. Konnten wir uns bei den chronischen Psychosen oder paranoischen Zuständen in der Hauptsache auf die Veränderungen des Bewusstseinsinhaltes beschränken, so werden Sie nun verstehen, um wieviel complicirter sich unsere Aufgaben bei den acuten Psychosen gestaltet, wo die Veränderungen der Bewusstseinsthätigkeit ebenso bedeutend sind, wie die inhaltlichen Veränderungen.

Dazu kommt, dass die Folgeerscheinungen, welche wir bei den chronischen Psychosen an eine Anzahl von elementaren Symptomen anknüpfen sahen, zum grossen Theil auch bei den acuten Psychosen sich geltend machen, ja sogar noch eine erweiterte Anwendung finden, wie z. B. das Princip der Erklärungswahnideen. Und wie die Erklärungswahnideen an sich nicht eine krankhafte Thätigkeit des Bewusstseinsorgans darstellen, so werden wir bei den acuten Geistes-

---

1) Vgl. S. 82.

krankheiten sogar noch neue Quellen der Wahnbildung kennen lernen, die ebenfalls an das normale Geistesleben anschliessen. Die Erfahrungen, die wir in dieser Beziehung machen werden, bilden gewissermaassen einen Nachtrag zu der Lehre von den paranoischen Zuständen und schliessen sich deshalb am passendsten zunächst hier an. Ein zur Entlassung bestimmter Kranker, der seit einem Vierteljahr frei von psychotischen Symptomen ist, bietet uns dazu eine günstige Gelegenheit. Es ist ein 27jähriger akademisch gebildeter Maschineningenieur K., der von einem (schon dem zweiten) Anfall schwerer complicirter Geisteskrankheit bis auf die mangelnde Krankheitseinsicht für einige wenige Symptome aus der Zeit des acuten Kranheitsbeginns als geheilt zu betrachten ist. Seine wohlerhaltene Erinnerung an die ganze etwa $1^1/_2$ Jahre betragende Krankheitszeit, seine Intelligenz und Schulung in naturwissenschaftlichen Beobachtungen lassen ihn zur Auskunft über gewisse Krankheitserscheinungen in seltenem Maasse geeignet erscheinen.

Ich gehe darüber hinweg, dass der Patient uns die Stimmen und autochthonen Ideen aus seiner Krankheitszeit ausführlich schildert. Wir entnehmen daraus nur die Lehre, dass diese uns schon bekannten Elementarsymptome der paranoischen Zustände auch bei den acuten Geisteskrankheiten vorzukommen pflegen. Für unseren actuellen Zweck viel wichtiger sind die Erklärungswahnideen, die der Kranke daran geknüpft hat. Er blieb sich nämlich immer vollständig bewusst, dass die Stimmen, deren materielle Träger er nicht sah, auf physikalischem Wege nicht zu erklären waren, und so blieb ihm, so sehr er sich dagegen im Anfang sträubte, dem Zeugniss seiner Sinne gegenüber nur die Annahme übernatürlicher Einwirkung von „Geistern“ übrig. Auch die fremdartigen Gedanken erklärte er sich dann als von diesen Geistern eingegeben: dass es hier nicht zu einem physikalischen Verfolgungswahn kam, sondern zur Annahme übernatürlicher Einwirkungen, ist gewiss der naturwissenschaftlichen Bildung des Mannes zuzuschreiben. Wir sehen aus diesem Beispiele ausserdem, dass die Erklärungswahnideen bei den acuten Geisteskrankheiten eine nicht minder grosse Rolle spielen wie bei den chronischen. Natürlich ist ein gewisses Maass erhaltener Denkfähigkeit dazu die Voraussetzung: es muss das logische Bedürfniss und die logische Fähigkeit zu einer Erklärung der befremdlichen Erscheinungen vorhanden sein. Im Allgemeinen entspricht diese Voraussetzung einem gewissen Maasse noch erhaltener Besonnenheit, wie sie auch bei unserem Kranken meist vorhanden war. Ausserdem zeigt sich der Inhalt des Erklärungswahns von der Individualität

des Kranken abhängig. Wie sehr dies der Fall ist, ersehen Sie noch aus einem zweiten Beispiel. Unter den ihm eingegebenen Gedanken hat uns unser Kranker auch die angeführt, dass er schon verschiedene Male auf der Welt gewesen sei, so als Wotan, als Albrecht der Bär. Er habe deshalb an die Seelenwanderung geglaubt. Auf meine Frage, wie er sich das vorgestellt habe, ob als einen Act der Auferstehung, entwickelt Patient seine Auffassung dahin, dass jeder Mensch in seiner Persönlichkeit als eine bestimmte Anordnung stofflicher Theile anzusehen sei, und dass er es für möglich gehalten habe, dass genau die gleiche Anordnung der Moleküle zu verschiedenen Zeiten sich wiederholen und so den gleichen Menschen herstellen könne. So sehr der Kranke diese Annahme jetzt selbst belächelt, so werden Sie zugeben, dass nur ein naturwissenschaftlich denkender Mensch im Stande ist, eine Erklärungswahnidee so zu formuliren.

Wie für das Zustandekommen complicirter Erklärungswahnideen, so dürfte übrigens auch für die Beurtheilung der autochthonen Gedanken als solcher ein gewisses Maass von Besonnenheit die unumgängliche Voraussetzung bilden. Nehmen wir an, es hätten sich derartig falsche Urtheile, wie die eben erwähnten, zu verschiedenen Zeiten schon zweimal vorher gelebt zu haben, auf diesem Wege gebildet, so wird immerhin ein gewisses Mindestmaass noch erhaltener Urtheilsfähigkeit dazu gehören, solche auftauchende Gedanken als fremdartige, nicht nach dem Typus des Normalen entstandene zu erkennen. Wir werden uns also nicht wundern dürfen, wenn bei acuten Geisteskranken, denen die Besonnenheit fehlt, die etwa sich in einem Zustande vollständiger Fassungslosigkeit befinden, sich abenteuerliche Ideen aufdrängen und geäussert werden, ohne dass der Kranke kritisch dazu Stellung nimmt oder einen Erklärungsversuch macht. In diesem Sinne erkenne ich das Auftreten von sogenannten Primordialdelirien (Griesinger) bei den acuten Geisteskranken an, wie ich schon früher[1]) bei Erwähnung des Friedmann'schen Buches über den Wahn angeführt habe. Obwohl dieser Autor seinen nach meiner Ansicht viel zu weit gehenden Standpunkt in seiner neueren Arbeit[2]) über die Entstehung der Wahnideen festgehalten und auf vergleichend ethnologischem Wege zu begründen versucht hat, so widerspricht sie doch bis auf die eben zugegebene Ausnahme der

1) Auf S. 175.

2) Weiteres zur Entstehung der Wahnideen und über die Grundlage des Urtheils. Monatsschr. f. Psych. u. Neurolog. 2. Bd. 1. H.

klinischen Erfahrung. Uebrigens sehen Sie sofort, dass auch die Entstehung von Zwangsvorstellungen oder vielmehr das richtige Urtheil, welches die Kranken diesen aus krankhaftem Reiz hervorgehenden Vorstellungen gegenüber bewahren, an die gleiche Vorbedingung eines gewissen Grades von Besonnenheit und Urtheilsfähigkeit überhaupt geknüpft ist. Wir werden uns für die Zukunft merken, dass derartige Rangabstufungen von unvermittelt auftauchenden Gedanken bei den acuten Geisteskranken verwischt und durch Primordialdelirien im Sinne Griesinger's ersetzt werden können, ohne dass wir uns darüber wundern werden, weil die stürmischen Affecte, die das geordnete Denken stören, bei den acuten Geisteskrankheiten naturgemäss häufig vorkommen.

Der Patient schildert uns auch eine Form von Sinnestäuschung, die uns noch nicht begegnet ist und die der Kranke als Traumbild bezeichnet. Er glaubte während seiner Krankheit ganze Scenen und Situationen zu erleben, die sich zum Theil in anderen Zeiten abspielten. So schildert er uns zum Beispiel, dass er seinen Vater in französischer Marschallsuniform am Schaffot stehen sah, unten die drohende Menge, neben ihm den Henker, dabei hörte er das Geheul der Menge und hörte den Henker rufen: „Sie müssen hinauf." Auf mein Befragen giebt der Patient an, dass er sich dabei in die Zeit der französischen Revolution versetzt glaubte und an der Wirklichkeit des Vorganges, den er jetzt als Traumbild bezeichnet, nicht zweifelte. Wir werden diese Form der Sinnestäuschungen später unter der Bezeichnung der traumhaften Hallucinationen noch näher zu studiren haben. Hier interessirt uns die Schlussfolgerung, die der Patient daraus zog. Er glaubte sich nämlich in andere Länder und Zeiten versetzt und erklärte sich dies durch Zauberei. Meinen Einwand aber, dass er an die Wirklichkeit des Erlebnisses schon deshalb nicht hätte glauben sollen, weil sein Vater zur Zeit der französischen Revolution noch gar nicht gelebt habe, entkräftet er auf eine sehr merkwürdige Weise. Er giebt nämlich an, damals geglaubt zu haben, dass auch sein Vater und noch andere Personen, wie z. B. der Oberwärter, schon früher zu verschiedenen Zeiten gelebt hätten. Offenbar stossen wir hier auf einen Analogieschluss als Quelle der Wahnbildung, und der Kranke bestätigt uns selbst, dass er zu dieser Annahme gelangt wäre, weil er selbst von seiner vormaligen Existenz fest überzeugt gewesen sei. Sie erinnern sich des Kranken,[1]) der einen Doppelgänger zu haben behauptete und

1) Rother, vgl. S. 87.

dies ebenfalls dahin verallgemeinerte, es habe doch jeder einen Doppelgänger. Sie sehen, meine Herren, dass die Geisteskranken von dem Goethe'schen Satze: „Was dem Einen widerfährt, widerfährt dem Anderen" die praktische Anwendung machen, eine Quelle der Wahnbildung von unberechenbarer Tragweite. Auch diese Wahnbildung durch Analogieschluss wird aber ein relativ geordnetes Denkvermögen zur Voraussetzung haben.

Meine Herren! Wir werden später sehen, dass die combinirten Hallucinationen mehrerer Sinne, von denen Sie soeben ein Beispiel kennen gelernt haben, vorzugsweise an traumhafte Zustände geknüpft sind. Auch im vorliegenden Falle hat die Krankenbeobachtung ergeben, dass der Patient oft vollständig abwesend zu sein schien und die Vorgänge seiner Umgebung unbeachtet liess. Gewisse befremdliche Aeusserungen, die der Kranke damals machte, weiss er uns nun in befriedigender und für uns sehr lehrreicher Weise zu erklären. So hatte Patient einmal sein Erstaunen geäussert, dass der Oberwärter durch die eine Thür des Krankensaales verschwunden und gleichzeitig zur anderen Thür hereingekommen wäre. Ein anderes Mal darüber, dass das Essen plötzlich vor ihm stand, ohne hingestellt worden zu sein, ein Vorgang, der ihn an das märchenhafte „Tischlein deck dich" erinnerte. Beide Vorgänge waren ihm damals übernatürlich und zauberhaft erschienen. Jetzt giebt uns der Patient die Erklärung, dass es sich um Beobachtungsfehler in Folge mangelnder Aufmerksamkeit gehandelt habe. Er sei oft innerlich so beschäftigt gewesen, z. B. mit Gehörs- und Gesichtstäuschungen, dass er die Vorgänge um ihn herum nicht genügend beachtet habe. Meist habe er sogar dabei die Augen geschlossen gehabt, eine Angabe, die ich bestätigen kann. In lehrreicher Weise tritt uns hier eine neue Quelle der Wahnbildung, ebenfalls nach dem Princip des Erklärungsversuches, in der Ablenkung der Aufmerksamkeit durch innere Vorgänge entgegen, und wir sehen, wie auf diese Weise ganz geringfügige und allergewöhnlichste Vorkommnisse dem Kranken in einem unverständlichen und unheimlichen Lichte erscheinen und je nach der Individualität zu verschiedenen Erklärungswahnvorstellungen, hier zur Annahme der Zauberei führen können. Wir werden annehmen können, dass das Unheimliche, Desorientirende derartiger Erlebnisse sich in jedem Falle geltend machen wird, ganz abgesehen davon, ob je nach dem Grade des Denkvermögens sich Erklärungswahnvorstellungen daran anschliessen oder nicht.

Setzen wir unser Krankenexamen fort, so stossen wir bald auf

eine neue, uns ebenfalls noch unbekannte Quelle der Wahnbildung. Zu einer gewissen Zeit der Krankheit hatte der Patient seinen Stationsarzt geduzt und später die auffällige Angabe gemacht, dass er ihn gewissermaassen als seinen Sohn betrachte, auch angedeutet, dass einer seiner Finger die Person des Arztes bedeute. Später erfuhren wir noch, dass jeder seiner Finger eine bestimmte Person bedeute, einer seinen Vater, einer seine Mutter, einer Napoleon, während für den einen Finger die Frage, welche Person dieser vorstelle, ihm noch zweifelhaft blieb. Patient sprach gelegentlich von der juristischen Stellung des Pater familias nach römischem Recht, offenbar ebenfalls im Sinne dieser Wahnvorstellung. Jetzt giebt er uns darüber folgende Aufklärung: Zu der Vorstellung, einer seiner Finger bedeute die Person des Arztes, sei er deshalb gekommen, weil jedes Mal bei dessen Anblick und zwar auch in Traumbildern und wenn er seine Stimme gehört habe, eine eigenthümliche Empfindung in diesem Finger aufgetreten sei. Ebenso verhalte es sich mit den übrigen Fingern. Die Empfindung näher zu schildern ist Patient ausser Stande, giebt aber an, es sei kein Schmerz gewesen. Wir sehen hier eine Art von neuer Begriffsbildung in Folge eines krankhaften Vorganges, nämlich des Auftretens bestimmt localisirter krankhafter Empfindungen gleichzeitig mit, sei es wirklichen, sei es krankhaften Sinneswahrnehmungen eines bestimmten Inhaltes sich vollziehen. Wir wollen diesen Vorgang als krankhafte Neubildung von Associationen bezeichnen und werden ihn ungemein häufig bei acuten Geisteskranken antreffen, wenn wir auch selten eine so klare Auskunft darüber erhalten werden. Uebrigens stellt Patient jetzt auf unser eindringliches Fragen bestimmt in Abrede, dass er etwa den einen Finger mit dem Arzte für identisch gehalten habe, er habe nur gemeint, dass derselbe in bestimmter gesetzmässiger Beziehung zu ihm stehe.

Meine Herren! Das Beispiel, das wir soeben kennen gelernt haben, wird Sie gewiss an schon bekannte Dinge erinnern. So wird Ihnen der junge Mensch einfallen,[1]) der jedes Mal beim Anblick seines Vaters geschlechtliche Erregungszustände bekam. Ich hatte es Ihnen als ein Beispiel von somatopsychischem Beziehungswahn hingestellt, wir werden aber nicht zweifeln können, dass auch hier ein Vorgang krankhafter Neubildung von Associationen zu Grunde lag. Auch bei unserem Patienten boten sich für diesen Zusammenhang zwischen somatopsychischem Beziehungswahn und krankhafter

---

1) Vgl. S. 133.

Association noch andere Beispiele. So hat er einmal während seiner Krankheit gebeten, man möge sein Bett nicht berühren, weil ihm dadurch das Blut aus dem Herzen gezogen werde, hat sich eine Zeit lang nicht anrühren lassen, weil ihm das Unbehagen verursache, hat einmal erklärt, sein Kopf werde platzen, sobald einer der Wärter ein bestimmtes Wort sage. Alles dies können wir zugleich als Beispiele somatopsychischen Beziehungswahns auffassen. Es ist leicht ersichtlich, dass diese krankhafte Association auch auf das Verhalten des Kranken gegen bestimmte Personen und überhaupt auf seine Handlungen einen bestimmenden Einfluss üben kann. Manche wunderliche, absonderliche, für das gesunde Denken ganz unverständliche, zuweilen aber auch gefährliche und jedenfalls unberechenbare Handlungen können die Folge derartiger krankhafter Neubildung von Associationen sein.

Meine Herren! Ein günstiger Zufall bietet uns die Gelegenheit, einen ähnlichen Zustand von Abgelenktheit durch innere Vorgänge, wie ihn der Patient K. geschildert hat, ad oculos zu demonstriren. Es handelt sich um einen ganz ähnlichen complicirten Krankheitsfall, wie bei dem Patienten K., und zufällig ebenfalls um einen jungen Techniker. Zunächst gelingt es uns nicht, ein Wort von ihm herauszulocken. Er sieht sich wie abwesend im Auditorium um und scheint meine Fragen nicht zu beachten. Mit einem Male wendet er sich mir zu, nennt mich beim Namen, zeigt sich über die Situation orientirt, nennt auf mein Verlangen richtig den Pythagoraeischen Lehrsatz. Mein Verlangen, den Beweis dafür zu geben, lehnt er ab, das sei ihm zu schwer. Plötzlich und ganz unvermittelt äusserte er dazwischen mit belebtem Tone: „Sie kennen Sachsen und England nicht.“ Weiterhin aber lässt er sich wieder fixiren. Er zeigt sich mit einer vermeintlichen Misshandlung durch den zugleich anwesenden Stationswärter sehr beschäftigt, erzählt ausführlich davon, kommt immer wieder darauf zurück. Hier in Breslau gehe es nicht mit rechten Dingen zu. Stimmen hätten ihn schon draussen zum Oberbürgermeister von Breslau ernannt. Die Stimmen kämen aus der Luft und von den verschiedensten Seiten her. Es seien himmlische Stimmen. Das schliesst er daraus, dass er nichts sehe. Ausserdem würden ihm Gedanken eingegeben. Er sei sowohl Christ als Jude, habe schon früher einmal existirt, meinen Zweifel daran entkräftet er mit dem Hinweis auf den dritten Glaubensartikel, der von der Auferstehung von den Todten handele. Plötzlich, ganz unvermittelt, sagt er wieder ganz lebhaft: „Lebenslauf.“

Sie sehen, dass er meine Fragen versteht und bereitwillig

darauf eingeht, doch muss es uns auffallen, dass er zuweilen abgelenkt aussieht und meine Fragen zunächst mit der Gegenfrage: „Wie“ beantwortet. Er bedarf sichtlich einer fortwährenden Anspannung der Aufmerksamkeit durch äusseren Anreiz und scheint sonst in eine Art von Träumen mit lebhaften Sinnestäuschungen zu versinken. Trotzdem ist er dazwischen vollkommen attent und zeigt sich im Stande, eine ihm aufgegebene vierstellige Zahl nach zehn Minuten richtig zu reproduciren. Das Datum seiner ersten ganz acuten Erkrankung vor fünf Jahren giebt er prompt an, weiss auch von einem späteren Rückfalle und hält es für sehr möglich, dass er jetzt wieder krank sei. Auf Befragen erfahren wir noch, dass er keine Kopfschmerzen habe, aber sehr unangenehme Gefühle im Kopf, er schildert sie als bohrend und zerrend, sie seien eine Folge der Misshandlung durch den Stationswärter. Wie man näher darauf eingeht, ergänzt er diese Angabe: Auch von Misshandlungen an Blutsverwandten, die zur selben Zeit begangen würden. Plötzlich wieder mit einem Blick auf den Stationswärter, der sich zufällig vom Stuhl erhoben hat: „Ich bin kein Schuldiger.“ Behauptet, gesehen zu haben, dass dieser zu ihm sprach. Ich versuche, ihm zum Abschied den Zweck der Demonstration zu erklären. Er verlässt uns mit der Erwiderung: „Da richten Sie aber auch die, die mir etwas anthun. Jeder Officier hat seine Ehre, ich bin kein gemeiner Mann.“

Wir sehen bei diesem Kranken einen Wechsel sehr verschiedener Bewusstseinszustände, bald eine Abgelenktheit durch innere Vorgänge, die ihn fast unzugänglich macht und am meisten an den physiologischen Zustand der sogenannten Fassungslosigkeit erinnert, bald eine gute momentane Fixirbarkeit und trotz mehrfachen Wechsels dieser Zustände eine wohlerhaltene Merkfähigkeit. Der Zustand der Abgelenktheit erinnert an delirante Zustände und scheint mit einer traumhaften Trübung des Bewusstseins verbunden. Kein schrofferer Gegensatz ist denkbar als das attente, durchaus helle Bewusstsein dicht nachher. Als innere Reize, die sich auch mitten in sein helles Bewusstsein mischen, können wir abnorme Sensationen, autochthone Ideen, einfache und desorientirende Phoneme feststellen. Die Desorientirung betrifft vorwiegend das autopsychische, demnächst das allopsychische Gebiet. Es ist sehr wohl möglich, dass auch dieser Kranke später, falls eine Restitution auch von diesem seinem zweiten Rückfalle erfolgen sollte, über zauberhafte Vorkommnisse in dieser Krankheitszeit berichten und sogar im Stande sein wird, sie durch die Ablenkung der Aufmerksamkeit nachträglich richtig zu erklären, wie es der Patient K. gethan hat.

Die Wahnbildung durch Analogieschluss, durch Ablenkung der Aufmerksamkeit von den Vorgängen der Aussenwelt, durch krankhafte Neubildung von Associationen sind nicht selten auch bei den chronischen Psychosen anzutreffen. Gegenüber den anderen, uns von früher schon bekannten, viel leichter zu fassenden inhaltlichen Veränderungen erscheinen sie aber von untergeordneter Bedeutung. Anders bei den acuten Fällen, wo in Folge des vielfachen Wechselns der inhaltlichen Störungen bald diese, bald jene dominirt und durch ihren Einfluss auf das Handeln des Kranken Beachtung verlangt. In dieser Hinsicht ist der Bericht unseres Kranken lehrreich und durfte nicht vernachlässigt werden. Zeigt sich doch überhaupt das Verständniss der acuten Geisteskranken bei Weitem schwieriger als das der chronischen Fälle.

Neunzehnte Vorlesung.

Lehre von den Hallucinationen. Hallucinationen der verschiedenen Sinne. Combinirte und traumhafte Hallucinationen. Geschichtliches. Theorie der Hallucinationen.

Meine Herren!

Die Lehre von den Sinnestäuschungen, die in unseren bisherigen Betrachtungen immer nur gestreift werden konnte, bildet wohl das wichtigste Capitel einer allgemeinen Pathologie der Geisteskrankheiten und muss uns deshalb in ihren Grundzügen bekannt sein, ehe wir daran gehen können, an Beispielen die mannigfaltigen Krankheitsbilder der acuten Psychosen zu studiren. Seit Esquirol werden die Sinnestäuschungen in die beiden grossen Gruppen der Hallucinationen und Illusionen unterschieden. Die Hallucinationen sind Sinneswahrnehmungen, welche ohne Erregung des betreffenden Sinnes durch ein äusseres Object nur in Folge innerer Reize auftreten, die Illusionen sind falsche Wahrnehmungen, Verkennungen von an sich vorhandenen wirklichen Objecten der Wahrnehmung. Im Sinne unseres Schemas gehören die Hallucinationen in die Gruppe der psychosensorischen Hyperästhesien,[1]) d. h. sie stellen eine Pseudoidentification durch krankhaften Reiz dar, die Illusionen sind der psychosensorischen Parästhesie zuzurechnen, d. h. sie bedeuten eine Fälschung der secundären Identification.

In wie weit die primäre Identification dabei in Frage kommt, werden wir bei Besprechung der Theorie der Sinnestäuschungen zu prüfen haben.

Die Haupterfahrungen von den Hallucinationen haben wir auf dem Gebiete des Gehörsinnes zur Verfügung, und von diesen wollen wir zunächst ausgehen, zumal sie auch klinisch die bei Weitem

---

1) Vgl. S. 18.

grösste Dignität beanspruchen. Ich beschränke mich dabei wieder auf diejenigen Punkte, die nach den Erfahrungen der Klinik von grundlegender Bedeutung sind.

Die Gehörshallucinationen treten in zwei verschiedenen Formen auf, nämlich bald als Stimmen oder Phoneme,[1]) bald als Gehörswahrnehmungen anderer Art. Die letzteren, auch Akoasmen genannt, können von der grössten Mannigfaltigkeit sein, so dass z. B. die Kranken knallen, krachen, klirren, trappeln, klopfen, donnern, trommeln, schiessen oder auch zirpen, zischen, sieden, zwitschern, heulen, bellen, wiehern, brüllen hören. Derartige Geräusche treten besonders bei ganz acuten Krankheitszuständen auf, nicht selten mit Zeichen einer schweren Affection des Allgemeinbefindens. In der trockenen Zunge und Mundhöhle wird dann oft ein Hinweis darauf gefunden werden müssen, dass auch die Schleimhaut der Tuba Eustachii und des inneren Ohres in Mitleidenschaft gezogen ist, so dass sich der Ursprung der Sinnestäuschungen aus subjectiven Ohrgeräuschen peripherer Entstehung nicht ausschliessen lässt, besonders wird dies für die blossen elementaren Geräusche gelten. Sie würden der schon von Kahlbaum herausgegriffenen Gruppe von Hallucinationen aus innerer peripherer Reizung, den Phenacismen und somit den Störungen der primären Identification zuzurechnen sein. Diese Art von Akoasmen steht offenbar den Illusionen sehr nahe, u. A. auch dadurch, dass der periphere Modus der Entstehung es nicht verhindert, dass sie von den Kranken in phantastischer Weise gedeutet und verwerthet werden. Diese Entstehungsweise lehnt sich an die Erfahrungen an, die jeder gesunde Mensch über gelegentliche subjective Ohrgeräusche ebenfalls aus innerer peripherischer Reizung hat. Bekanntlich können auch reine Töne auf diese Weise entstehen. Als Akoasmen, die auf diese Weise nicht erklärt werden können, sondern einen anderen Entstehungsmodus haben müssen, werden wir dagegen das Hören distincter Melodien, eines Orchesterstückes oder auch von anderen Gehörseindrücken complicirter Natur, wie ächzen, stöhnen, wimmern, Kindergeschrei, zu deuten haben.

Die Stimmen oder Phoneme treten ebenfalls in zwei verschiedenen Formen auf, sie werden nämlich bald ausdrücklich als Stimmen bezeichnet, wenn sie von den Kranken selbst als etwas Besonderes, von der gewöhnlichen Erfahrung Abweichendes empfunden werden, oder sie werden anderen wirklich anwesenden oder in der Nähe befindlichen Personen untergelegt. Der erstere Fall bietet ein

---

1) Vgl. S. 126.

reines Beispiel dafür, dass sich die Kranken einen eigenen Kunstausdruck zur Bezeichnung eines krankhaften Symptomes schaffen. Fragt man solche Kranke danach, ob sie Stimmen hören, so bejahen sie meist ohne Zögern und mit dem Ausdruck des vollen Verständnisses die Frage. Andere Kranke bedienen sich auch ganz von selbst und ohne äussere Anregung des Ausdruckes Stimmen. Dies weist darauf hin, dass den in Worte gefassten Gehörshallucinationen zu allermeist ein ganz bestimmter Stimmklang anzuhaften scheint. Die Kranken können auch wirklich meist mit Bestimmtheit angeben, ob diese Stimmen von bekannten oder unbekannten Personen herrühren, in ersterem Falle können sie auch deren Namen bezeichnen und unterscheiden Männer-, Frauen- und Kinderstimmen. Auch die Bezeichnung Engelsstimme und Gottesstimme rührt zuweilen von einer ungewöhnlichen, befremdenden Klangfarbe her. Die Stimmen scheinen bald entfernt, bald nahe, oft kommen sie von nächster Nähe, sodass es den Kranken scheint, als ob in die Ohren hinein geflüstert, gesprochen, geschrieen würde. Meist wird die Richtung genau angegeben, aus der sie zu kommen scheinen, und oft entwickeln die Kranken in dieser Hinsicht ein ganz auffälliges, nur in Krankheitsfällen vorkommendes Localisationsvermögen. Nicht nur die Richtung, sondern sogar die ganz genaue Stelle und die Entfernung vom Ohr wird angegeben, woher die Stimmen zu kommen scheinen. Es kommt auch nicht selten vor, dass die Stimmen selbstständig den Ort zu wechseln scheinen. Der Kranke wird dadurch zu einer Art von Personification der Stimmen gebracht, er beklagt sich, dass die Stimmen um ihn herum fliegen oder schwirren, er sucht sie unter dem Kopfkissen und macht auf sie Jagd wie auf ein störendes Insekt. Unser Ingenieur K. hörte sie u. A. aus der Essschüssel. Andere Male ist es nicht die abnorm feine Localisation, sondern die ganz richtige Wahrnehmung, dass die Stimmen den Kranken begleiten, z. B. bei einem Ortswechsel oder bei einem Spaziergang, welche ihn zu dem Schlusse führt, dass die Stimmen ebenfalls den Ort wechseln können.

Im Falle einseitiger Hallucinationen, welcher nicht allzu selten vorkommt, ändern die Stimmen ihre Richtung mit dem Standpunkte des Kranken, ein Verhalten, welches unter günstigen Umständen zur Einsicht in die subjective Natur des Symptoms führen kann. In solchen Fällen gelingt es meist, entweder eine hochgradige Taubheit oder doch eine Herabsetzung der Hörschärfe auf einem Ohre nachzuweisen. Die Hallucination wird in diesen Fällen bald auf der Seite des gesunden Ohres, bald auf der des kranken angetroffen.

Vielleicht stellt sich eine Gesetzmässigkeit in dieser Beziehung noch heraus, wenn auf die Localisation des Ohrenleidens durch fachärztliche Untersuchung geachtet wird. Unser Patient K., der in Folge eines alten Mittelohrkatarrhs auf dem rechten Ohr schwerhörig ist, berichtet von einer Stimme, die so laut und so dicht am Ohre gewesen wäre, dass das Ohr angefangen hätte zu bluten, und in der That fand sich einmal eine kleine Blutung im äusseren Gehörgang.

Die Stimmen, welche als von anwesenden Personen ausgehend gedeutet und auf diese projicirt werden, verdanken diese Eigenschaft vielleicht ebenfalls der schon geschilderten krankhaft feinen Localisation der Phoneme. Diese Art von Stimmen, durch welche die Kranken zu einer falschen Auffassung der sie umgebenden Personen gebracht werden, verdient deshalb die Bezeichnung der desorientirenden Phoneme. Sie sind in ihren praktischen Consequenzen von besonderer Bedeutung, da sie oft den Zorn, die Wuth, den Hass des Kranken auf bestimmte Personen lenkt und ihn zu gefährlichen Handlungen veranlassen kann. Ein Angriff auf den Oberwärter, den Patient K. gemacht hat, erklärt sich auf diese Weise. Die desorientirenden Phoneme stellen also die schlimmere Erscheinungsform der Stimmen dar, und in der That wird nicht selten beobachtet, dass die erst geschilderte Form der Stimmen in die zweite übergeht, während gleichzeitig der ganze Zustand des Kranken sich verschlimmert. Die gleiche Beobachtung kann in umgekehrter Folge gemacht werden.

Die Hallucinationen nehmen zwangsweise die Aufmerksamkeit der Kranken in Beschlag und zwar selbst dann, wenn die fälschliche Sinneswahrnehmung gar nicht verstanden wird. So gehen beispielsweise den distinkten Phonemen unbestimmte Geräusche vorher, und ganz gewöhnlich erfolgt das Abklingen der Phoneme in der Weise, dass die Kranken nicht mehr deutlich sprechen, sondern nur ein Flüstern hören. In beiden Fällen machen die Kranken die ganz bestimmte Angabe, dass sie auf das Geräusch horchen müssen, obwohl sie den Sinn desselben nicht verstehen. Auch bei dem jüngst vorgestellten Kranken K. verhielt es sich so. Wie viele andere Kranke empfand er diesen Zwang als eine körperliche Qual und einen Akt der Misshandlung.

Eine zweite Eigenschaft der Hallucinationen ist ihre Uncorrigirbarkeit. Es ist längst bekannt, dass auch die besten Gründe und die Intactheit aller übrigen Sinne nichts ausrichten, um den Kranken von dem subjectiven Charakter der Hallucinationen zu überzeugen. Das Hauptargument, auf das sich die Kranken stützen, hört man

nicht selten auch wirklich aussprechen: „Ich habe es doch mit eigenen Augen gesehen oder mit eigenen Ohren gehört.“ Und in der That pflegt man dem Zeugniss der eigenen Sinne unbedingt zu trauen, wenn die volle Aufmerksamkeit dem Sinneseindruck zugewendet war. Dies ist aber, wie wir eben gehört haben, bei den Hallucinationen immer der Fall, und wir haben es auch von unserem Kranken gehört. Die Thatsache der Bewusstseinsenge, welche Ihnen aus meiner achten Vorlesung erinnerlich ist, steht jeder Correctur im Augenblicke der Hallucination hinderlich im Wege, erst nach dem Schwinden der Hallucination könnte die Correctur in Wirksamkeit treten, also immer dann, wenn es schon zu spät ist. Selbst die intelligentesten Kranken, vor die Wahl gestellt, ob sie dem Zeugniss ihrer Sinne trauen sollen oder nicht, greifen lieber zu abenteuerlichen Erklärungsversuchen, als dass sie den subjectiven Charakter einer Hallucination zugestehen. Die Phoneme bestehen meist nicht continuirlich, sondern lassen freie Zeiten zwischen sich, in denen sogar bei richtiger Belehrung ein Zweifel an der Objectivität der Stimmen Platz greifen kann. Zuweilen treten sie nur anfallsweise auf. Auf der Höhe solcher Anfälle tritt ganz regelmässig das begleitende Symptom der Angst auf, nicht selten aber auch durch die ganze Dauer des Anfalls. Unaufhörliche massenhafte Hallucinationen ohne jede freie Pause werden nur bei den acutesten schwersten Fällen von Geisteskrankheit beobachtet, bei welchen gleichzeitig Desorientirung besteht. Abgesehen davon, kann man meist beobachten, dass eine gewisse Ablenkung der Kranken durch ärztlichen Zuspruch, durch den Act der Untersuchung u. dergl. mehr noch möglich ist und die Hallucinationen während dieser Zeit nachlassen oder gänzlich aufhören. Im Allgemeinen wirken Einsamkeit, Stille und überhaupt die Abschliessung von lebhaften Sinneseindrücken begünstigend auf das Auftreten von Hallucinationen. Es werden aber hin und wieder auch Fälle beobachtet, in denen dieselben Bedingungen die Hallucinationen zum Schwinden bringen, während sie im Gegentheil durch äussere Sinnesreize angeregt werden (functionelle Hallucinationen, Kahlbaum).

Unter Reflexhallucinationen versteht Kahlbaum solche, die entweder durch eine wirkliche Wahrnehmnng, oder durch eine andere Sinnestäuschung, sei es auf dem gleichen oder auf einem anderen Sinnesgebiete, erst hervorgerufen werden. So hörte ein Kranker Kahlbaum's jedes Mal beim ersten Anblick fremder Personen den Spottnamen „Onkel August“. Ein Kranker meiner Beobachtung hörte im Vorstadium des Delirium tremens unter lebhafter

Angst die Worte: „Lumpenhund" und „Häng dich auf" aus dem Ticken der Uhr und aus dem strudelnden Geräusch eines Wasserausflusses. Als Reflexhallucination ist es wohl auch zu deuten, wenn ein Kranker, der sich lange Zeit sehr ablehnend verhielt, dies später damit motivirte, dass ich gewöhnlich am Schlusse einer Unterhaltung mit ihm noch eine beschimpfende Aeusserung gethan hätte. Auf Reflexhallucinationen beruht es vielleicht auch, dass einige Kranke beim Anblick der ihnen hingestellten Mahlzeit jedes Mal die widersprechenden Befehle hörten: iss und iss nicht. In ihrer Rathlosigkeit konnte nur der entschiedene Befehl des Arztes den Ausschlag geben und sie zum Essen bewegen.

Nächst den Hallucinationen des Gehörs kommen ihrer hervorragenden klinischen Wichtigkeit wegen hauptsächlich diejenigen des Geruchs und Geschmacks in Betracht. Sie treten am häufigsten in der Form auf, dass die Kranken Gift zu schmecken und zu riechen glauben, wobei augenscheinlich das Wort Gift zur Bezeichnung der verschiedensten den Kranken fremdartig vorkommenden Stoffe verwandt wird. Auch an näheren Bezeichnungen dieser Stoffe fehlt es nicht: Chloroform, Phosphor, Schwefeldunst werden gerochen, Ekel erregende Dinge wie Hunde- oder Menschenfleisch oder Beimengung von Jauche, Koth oder Urin werden geschmeckt. Die Geruchshallucinationen für sich allein sind oft von sehr langer Dauer und continuirlich, besonders der Verwesungs- oder sonst ein ekelhafter Geruch, der auf krankhafte Processe am eigenen Körper gedeutet wird. Die Geschmackshallucinationen pflegen meist nur auf Anlass der Nahrungsaufnahme einzutreten. Sie sind von den Tasthallucinationen der Zunge, welche sich ebenfalls meist auf fremdartige Beimischungen zu den Speisen beziehen, naturgemäss häufig nicht zu trennen. Die angeführten Beispiele zeigen, dass der Inhalt der Hallucinationen meist ein unangenehmer, bedrohlicher ist. Demgemäss besteht auch die grosse Wichtigkeit des Symptoms darin, dass die Kranken in Consequenz ihrer Wahrnehmungen die Nahrung ganz oder theilweise verweigern. Geschmacks- und Geruchshallucinationen gehören zu den wichtigsten und häufigsten Ursachen der Nahrungsverweigerung. Im Allgemeinen pflegt man den Geruchs- und Geschmackshallucinationen eine besonders üble prognostische Bedeutung zuzuschreiben. Dies trifft jedoch nur für die chronisch sich entwickelnden Geisteskrankheiten zu. Bei den acuten und besonders den acutesten Formen der Geisteskrankheit gestatten die Geruchs- und Geschmackshallucinationen hinsichtlich der Prognose keinen besonderen Schluss.

Von dem allgemeinen Satze, dass der Inhalt der Hallucinationen vorwiegend unangenehm ist, machen die Paralytiker späterer Stadien eine bekannte Ausnahme. Diese Kranken pflegen auch in Wohlgerüchen zu schwelgen, und man sieht sie oft stunden- und tagelang kauende, schmeckende und schnalzende Mundbewegungen mit allen Zeichen des Wohlbehagens ausführen, oft ohne dass eine Nahrungsaufnahme vorher stattgefunden hat. Auch in gewissen ekstatischen Zuständen hysterischer Geisteskranker und im Gefolge mancher acuter Intoxicationen kommt ein solches Schwelgen in angenehmen Hallucinationen der vorliegenden Art vor.

In allen Fällen schwerer acuter Geisteskrankheit pflegt im Gefolge des heftigen Affectes und der dadurch gesetzten Bewegungsunruhe eine Trockenheit des Mundes und der Nase einzutreten, welche den günstigsten Boden für die Entstehung von Illusionen abgeben muss. Offenbar sind diese Sinnestäuschungen auf dem Gebiete des Geruchs und Geschmacks noch weniger wie im Bereich der anderen Sinne von den eigentlichen Hallucinationen zu trennen und zu unterscheiden.

Die Hallucinationen des Gesichtssinns haben im Allgemeinen die Eigenthümlichkeit, dass sie nicht das Gepräge der greifbaren Wirklichkeit an sich tragen, sondern flächenhafte Bilder ohne Tiefendimension zu sein scheinen. Ungemein häufig werden sie von den Kranken selbst als Bilder bezeichnet, andere Male als Erscheinungen oder auch als Schatten oder gar Gespenster, ein Ausdruck, der schon auf bestimmte Erklärungswahnideen hinweist. Auch der häufige Ausdruck: „Es macht mir etwas vor“ lässt darauf schliessen, dass den Gesichtshallucinationen der täuschende Schein der Wirklichkeit abgeht. Eine Ausnahme von diesem häufigsten Verhalten pflegt in solchen Fällen vorzukommen, wo das Sensorium getrübt ist, Benommenheit oder ein Dämmerzustand oder ein ekstatischer Zustand besteht oder auch im Halbschlafe. So kommt es ziemlich häufig vor, dass dieselben Kranken, die am Tage nur „Bilder“ sehen, von nächtlichen Visionen körperlich greifbarer Art berichten. Auch Zustände höchsten Affectes ermöglichen das Auftreten körperlich greifbarer Visionen. Den Visionen der Alkoholdeliranten kann ein dämmerhafter Zustand des Bewusstseins als Unterlage dienen, zum Theil aber haben sie auch ohnedies das Gepräge der Wirklichkeit, wie auch andere acute Intoxicationen einen günstigen Boden dafür abgeben. Auf den Inhalt der Visionen werden wir später noch einzugehen haben. Wir werden ihn wie bei den Phonemen in bestimmter Abhängigkeit von der Affectlage der Kranken finden.

Kranke von Intelligenz und Urtheil, die sich darüber aussprechen können, beschreiben auch ihre Visionen so, dass sie einen Zwang auf die Aufmerksamkeit üben. So z. B. erblickt eine Kranke des Nachts an einer bestimmten Stelle des Zimmers die Erscheinung eines Mannes. Sie muss ihn anblicken, sie kann die Augen nicht von ihm abwenden und verfolgt mit den Blicken, wie er sich langsam dem Bett nähert und über sie beugt, Alles begleitet von einem allmählich zu unerträglicher Höhe anwachsenden Angstgefühle. Auch bei den Deliranten sind die Visionen häufig von diesem Angstgefühl begleitet, wenn, wie nicht selten, das ganze Delirium einen angstvollen Anstrich hat. Der Inhalt der Visionen ist dann ein entsprechender: der Teufel kommt, sie zu holen, die Hölle thut sich auf, ein Abgrund öffnet sich zu Füssen, die Wände verschieben sich, die Decke droht einzustürzen und dergleichen mehr. In melancholischen Zuständen werden wir auf vereinzelte Hallucinationen stossen, die ein getreues Abbild des herrschenden Unglücksgefühls sind: verstorbene Angehörige, Leichen, ein Sarg, ein ganzes Leichenbegängniss.

Auch die Visionen sind, soweit man sie deutlich schildern hört, genau an bestimmte Stellen des Raumes projicirt. So erinnern Sie sich des Kranken mit zahlreichen und mannigfaltigen Visionen, der uns genau beschreibt, das Bild sei etwa $1^1/_2$ Fuss weit vor ihm und im Ganzen nicht grösser als ein Handteller gewesen; trotzdem habe er darin eine ganze Landschaft, das Ufer eines Flusses und die Gestalt eines früheren Kameraden, der sich badete, ganz deutlich gesehen und wiedererkannt. Wo die Kranken von Schatten sprechen, treffen wir zuweilen auch auf die Angabe, dass ihre Visionen durchsichtig sind, so schilderte u. A. ein Kranker die Vision eines verstorbenen Angehörigen.

Die Gesichtshallucinationen sind bei Weitem seltener als die Phoneme, und ihre klinische Wichtigkeit kann mit den letzteren gar nicht in eine Reihe gestellt werden. Da sie meist nicht das volle Gepräge der Wirklichkeit an sich tragen, so macht sich ihr desorientirender oder Rathlosigkeit erzeugender Einfluss bei Weitem nicht in dem Maasse geltend, wie bei den Phonemen. Trotzdem werden sie ganz gewöhnlich eine Quelle von Erklärungswahnideen, die je nach der Persönlichkeit verschieden gefärbt sind. Wie Sie sich erinnern, schwankte unser Ingenieur K. zwischen der Annahme der Zauberei und der anderen, dass die von ihm auch gehörten Geister ihn absichtlich zum Zuschauer verschiedener Vorgänge eben der von ihm geschilderten Traumbilder machen wollten.

Die Hallucinationen des Tastsinnes oder, vielleicht richtiger ausgedrückt, des Hautsinnes, sind am bekanntesten vom Delirium tremens. Die Kranken haben die Empfindung von am Leibe kriechenden Thieren, sei es Ungeziefer, seien es Reptilien, wie Schlangen, Eidechsen, Kröten u. dergl. mehr, und zeigen sich unaufhörlich bemüht, sie durch entsprechende Bewegungen abzustreifen. Vereinzelt kommen derartige Hauthallucinationen auch bei anderen acuten Geisteskrankheiten vor. Häufiger jedoch nehmen sie eine andere ganz bestimmte Form an, darin bestehend, dass die Kranken das Gefühl haben, mit gepulverten oder tropfbar flüssigen Substanzen, natürlich schädlicher Natur, bestreut oder bespritzt zu werden. Diese Hallucination ist auch bei chronischen Kranken, die meist in die Kategorie des hypochondrischen Verfolgungswahns gehören, ungemein häufig anzutreffen. Ein abnormes Hitzegefühl der Haut mag Schuld daran sein, dass Deliranten und tobsüchtige Geisteskranke das Bestreben haben, die Kleidung von ihrem Körper abzustreifen. Die prickelnde Empfindung, welche von vielen Geisteskranken genau geschildert und so gedeutet wird, als ob sie elektrisirt würden, ferner die krankhaften Hitze- und Kältegefühle sind ebenfalls wohl den Hallucinationen des Hautsinnes zuzurechnen, während Stiche, Schläge, Püffe und andere zugefügte Schmerzen Hallucinationen des Gemeingefühls darstellen.

Die Hallucinationen sind häufig nicht auf ein Sinnesgebiet beschränkt, sondern es werden mehrere Sinnesgebiete ergriffen. Am häufigsten ist die schon erwähnte Combination von Hallucinationen des Geruches und Geschmackes. Das Ergebniss einer solchen Combination ist natürlich, dass die krankhafte Sinneswahrnehmung in dem einen Sinnesgebiete als Bestätigung der Hallucination auf dem anderen Gebiete aufgefasst wird. Die Voraussetzung ist hierbei eine gewisse Gleichsinnigkeit der Hallucinationen, so dass sich zwei verschiedenen Sinnesgebieten angehörige Empfindungen in der gleichen Weise combiniren, wie es in Wirklichkeit bei der Wahrnehmung bestimmter concreter Dinge geschieht. Gerade dieser Vorgang aber scheint bei den combinirten Hallucinationen die Regel zu sein. Einfache Combinationen wie die eben angeführten des Geruches und Geschmackes kommen besonders häufig in den Sinnesgebieten vor, welche durch lebhafte Organempfindungen ausgezeichnet sind, so ausser den angeführten noch im Gebiete des Tastsinnes und den sogenannten Hallucinationen des Gemeingefühls, welche uns später noch ausführlicher beschäftigen werden. Auffallender in ihrer Erscheinung sind diejenigen Combinationen, welche sich im Bereich

der sogenannten höheren Sinne abspielen und dementsprechend durch das Ueberwiegen des sinnlichen Inhaltes ausgezeichnet sind. Durch das gleichsinnige Zusammenwirken von Hallucinationen des Gehörs-, des Gesichts- und des Tastsinns entstehen dann die vollkommensten Täuschungen der Wirklichkeit. Der Kranke glaubt sich in eine bestimmte Situation und Umgebung versetzt, z. B. nach Hause mitten in den Kreis seiner Familie oder auf den Kirchhof mitten hinein in den Act eines Begräbnisses. Er sieht dabei die Personen handeln, hört sie sprechen, hört allerlei zugehörige Geräusche, wie Wagenrasseln oder Trauermusik u. dergl., kurz und gut, es reproducirt sich eine ganze Handlung, etwa wie auf dem Theater, bei welcher der Kranke sogar mit handeln kann. Ist die Hallucination vorüber, so erklärt zuweilen der Kranke, er sei zu sich gekommen, oder es wäre ihm so gewesen, als ob er sich in der betreffenden Umgebung befunden hätte, Aeusserungen, die auf eine gewisse Einsicht in das Krankhafte der Erscheinung schliessen lassen. Aehnlich sind die combinirten Sinnestäuschungen des Deliranten, welcher als Kutscher auf dem Bocke zu sitzen vermeint, die Pferde und die Strassen vor sich sieht, zum Ausweichen auffordert, die Pferde wiehern und die Menschen schreien hört, und dabei doch in Wirklichkeit im Krankenzimmer und im Bett liegt. Mit Ausnahme des Delirium tremens sind derartige combinirte Hallucinationen bei den Geisteskranken nur selten anzutreffen, sie sind dagegen den Fieberzuständen bei schweren körperlichen Krankheiten, wie dem Typhus, bei einer bestimmten Gehirnkrankheit, der Meningitis und gewissen acuten Inanitionszuständen eigenthümlich und für sie charakteristisch. Ihre Vorbedingung scheint in allen diesen Fällen ein bald mehr bald weniger ausgesprochener Grad von Benommenheit und Herabsetzung des Sensoriums zu sein. Da sie ausserdem auch in ihrer Erscheinungsweise die grösste Aehnlichkeit mit den Sinnestäuschungen des Traumes haben, können wir sie zweckmässig als traumhafte Hallucinationen bezeichnen. Epileptische und Hysteroepileptische können bald stunden-, bald tagelang solchen traumhaften Hallucinationen unterworfen sein, in pathologischen Rauschzuständen stellen sie sich bisweilen ein, ebenso nach Aether-, Chloroform-, Belladonna- und ähnlichen Vergiftungen. Bei schwer nervös veranlagten Personen können sie vereinzelt auftreten, ohne dass daraus eine Geisteskrankheit gefolgert werden kann.

Wie schon Kahlbaum anführt, kommt es nicht selten vor, dass derartige traumhafte Hallucinationen sich der ärztlichen Beobachtung entziehen und nur nachträglich aus den Mittheilungen der Kranken

erschlossen werden können. Man ist dann nicht berechtigt oder nur in den oben skizzirten Fällen, auf das wirkliche Vorhandensein von Hallucinationen zu schliessen, hat es vielmehr oft mit dem uns schon bekannten Phänomen der additiven Erinnerungsfälschung zu thun. Eine andere Combination von Hallucinationen, die nicht zu den traumhaften gehört, verdient hier ihrer Häufigkeit wegen noch eine Erwähnung. Sie besteht darin, dass Hallucinationen auf anderen Sinnesgebieten oder auch auf dem gleichen Gebiete des Gehörs durch „Stimmen" gedeutet, bestätigt und eventuell in Worte gefasst werden. So ist z. B. nichts gewöhnlicher, als dass die Kranken mit Geschmacks- und Geruchshallucinationen gelegentlich die Worte Gift, Menschenfleisch u. dergl. mehr halluciniren oder dass Kranken mit abnormen körperlichen Empfindungen bestimmte Bezeichnungen dafür, technische Ausdrücke, deren sie sich dann immer bedienen, auf dem Wege der Gehörshallucinationen an die Hand gegeben werden.

Meine Herren! Das Verständniss der Hallucinationen als Krankheitssymptomen der acuten Psychosen ist für uns von so grosser Wichtigkeit, dass ich es nicht unterlassen kann, unsere theoretischen Betrachtungen darüber durch einige historische Bemerkungen einzuleiten. Die älteste Theorie der Hallucinationen, welche lange Zeit geherrscht hat, hat sich unter dem Einfluss des grossen Physiologen Johannes Müller ausgebildet und ist von dem physiologischen Vorgang der Sinneswahrnehmung in einfachster Weise abgeleitet. Es wird dabei von der Thatsache ausgegangen, dass wir normaler Weise im Stande sind, zwischen Erinnerungsbildern (Phantasiebildern) und wirklicher Sinneswahrnehmung genau zu unterscheiden. Für die physiologische Betrachtung beruht aber der Unterschied darin, dass bei der Sinneswahrnehmung immer eine Erregung des Sinnesorganes bezw. des Sinnesnerven stattfindet. Will man also, was nach der Eigenart der Hallucinationen nicht zu umgehen sein wird, eine Erregung von Erinnerungsbildern (Phantasiebildern) zur Erklärung derselben annehmen, so wird eine solche nur dann zur Hallucination werden, wenn gleichzeitig ein krankhafter Reiz an der Peripherie d. h. am Sinnesnerven stattfindet, so dass dieser letztere die wesentlichste Vorbedingung der Hallucination bildet. Infolge dieser Anschauung hat man die Lehre von den Hallucinationen mit Vorliebe in der Richtung cultivirt, dass man nach Erkrankungen der Sinnesorgane oder der Sinnesnerven, die reizend wirken konnten, gesucht hat. Es haben sich aber nur ganz ausnahmsweise solche Veränderungen an den Sinnesorganen oder Nerven nachweisen lassen, und manche anscheinend bestätigende

Befunde erweckten gerade Bedenken gegen die Richtigkeit der Theorie. So fand man bei Gesichtshallucinationen die Sehnerven grau degenerirt und in eine bindegewebige Masse verwandelt und zwar auch in Fällen, bei denen ein sehr langes Bestehen dieser Veränderung vor dem Auftreten der Hallucinationen zu erweisen war. Aehnlich verhielt es sich in anderen Fällen von Blindheit infolge der Zerstörung beider Augäpfel. Es erschien höchst gezwungen, in solchen Fällen von jahrelanger Unthätigkeit der Sehnerven die Annahme zu machen, dass sie ihre Function mit Ausbruch der Geisteskrankheit wieder aufgenommen hätten, oder dass nun gerade von der erkrankten Stelle Reizvorgänge ausgegangen wären, von denen man vorher garnichts bemerkt hatte. Die Folge dieser Schwierigkeit war, dass man den erforderlichen Reizvorgang aus den Sinnesnerven selbst in ihr centrales Ende, und zwar nach den Einen in ihre sogenannten Kerne (Schröder v. d. Kolk), nach den Anderen in die Sehhügel verlegte. Galt es doch als anatomisch erwiesen (von Luys), dass der Sehhügel eine Centralstation sämmtlicher Sinnesnerven darstellte. Diese von Hagen zuerst aufgestellte Annahme hat noch jetzt die meisten Anhänger. Ihr neuester und wirksamster Vertreter, in einer nur wenig modificirten Form, ist Meynert. Seine Ansicht lässt sich etwa in folgenden Worten zusammenfassen. Wenn der Geisteskranke eine Hallucination hat und trotz der ihm noch zu Gebote stehenden normal fungirenden anderen Sinne das Krankhafte und Subjective seiner Täuschung nicht einsieht, so beweist dies eine gewisse Schwäche der Intelligenz bezw. der Hemisphärenleistung. Nun sind die Hemisphären nicht nur die Träger der Intelligenz, sondern sie haben noch eine zweite Hauptleistung, welche in der Hemmung und Unterdrückung automatischer und reflectorischer Reizvorgänge in den subcorticalen Ganglien besteht. Eine Herabsetzung der Hemisphärenleistung bedeutet den Wegfall dieser Hemmung und wird deshalb auf die subcorticalen Ganglien derartig wirken, dass in ihnen stattfindende Reizvorgänge bis zur Höhe der sonst von aussen zugeleiteten Reize anschwellen können. So erklären sich die Hallucinationen durch einen Zustand reizbarer Schwäche, wobei der Reiz und die Schwäche auf zwei verschiedene Localitäten vertheilt sind. Diese Hypothese hat den Fehler, dass sie sich auf eine ganze Reihe anderer Hypothesen stützt: so auf die Annahme krankhafter Reize in den subcorticalen Ganglien, denn diese müssen doch erst vorhanden sein, um zu krankhafter Höhe anzuschwellen; ferner auf die Annahme, dass die Hemisphärenleistung bei hallucinirenden Kranken herabgesetzt ist. Wir werden später sehen, dass diese Annahme

vollkommen überflüssig ist. Wollte man sie aber acceptiren, so läge es ganz im Gedankengange Meynert's, zunächst an die Thatsache der gegenseitigen Hemmung von Hemisphärenleistungen zu denken und die Vertheilung dieser beiden entgegengesetzten Zustände innerhalb der Hemisphären selbst zu suchen, so dass etwa die Functionsschwäche auf die übrigen Theile der Hemisphäre, die Functionssteigerung dagegen auf die centralen Projectionsfelder der betreffenden Sinne vertheilt zu denken wäre. Nichts nöthigt in dem Falle zu der weiteren Annahme eines Reizzustandes in den subcorticalen Ganglien.

Meine Herren! Wenn ich hier genöthigt bin, gegen eine Hypothese Meynert's Stellung zu nehmen, so habe ich mich gegen ein mögliches Missverständniss zu verwahren: Ich bin weit davon entfernt zu verkennen, dass die Hypothese dieses gedankentiefen Meisters ihre eigentliche Begründung erst in seiner ganz besonderen Anschauung von dem Eingreifen des Gefässsystems in den Gehirnmechanismus findet, und dass ich von einer Kette von Hypothesen, deren Wucht in ihrem festen Gefüge liegt, nur ein Glied herausgegriffen habe. Aber die rein descriptive Tendenz unserer klinischen Studien nöthigt uns, auf die für das Verständniss nicht unbedingt nothwendigen Hypothesen zu verzichten. Uebrigens erfordert die Gerechtigkeit, zwei Vorgänger Meynert's in seinem Gedankengang zu erwähnen. In seiner schon erwähnten Arbeit hat Kahlbaum, gestützt auf die anatomischen Anschauungen Schröder v. d. Kolk's, den Sitz des Reizvorganges bei Hallucinationen bestimmter Art ebenfalls in subcorticalen Centren und zwar den Ursprungskernen der Nerven vermuthet. Und endlich haben wir die rein psychologische Darstellung H. Neumann's zu erwähnen. Neumann erklärt die Hallucinationen durch den Wegfall derjenigen normalen Thätigkeit des Gehirns, welche er als Kritik bezeichnet. Er handelt sie unter den Krankheiten der Kritik ab. Dass diese Betrachtung, die von jedem Localisationsversuche absieht, sich vollkommen deckt mit der Annahme Meynert's, dass die Hemisphärenthätigkeit (die sich eben als Kritik geltend machen würde) herabgesetzt sei, ist ohne Weiteres ersichtlich. Mindestens ist die Betrachtungsweise Neumann's durch grosse Unbefangenheit ausgezeichnet.

Diese kurzen Bemerkungen zur Geschichte der Hallucinationen mögen genügen, um darzuthun, wie im Verfolg der ursprünglichen Annahme von Johannes Müller die Autoren genötigt worden sind, immer weiter centralwärts zu wandern und den krankhaften Reiz aus dem Sinnesorgane und dem Sinnesnerven erst in die Nerven-

kerne und dann in die nächst höhere Station der subcorticalen Ganglien zu verlegen. Eine Mitwirkung der centralen Projectionsfelder bliebe deswegen doch unentbehrlich, da die vermeintlichen Reize aus den subcorticalen Ganglien, wenn von ihnen einfach Notiz genommen werden sollte, unmöglich den schon eine Associationsthätigkeit voraussetzenden, geordneten Character der wirklichen Wahrnehmungen haben könnten.

Unsere Stellung zu der Frage ist uns durch die Gesichtspunkte, welche ich Ihnen in meinen einleitenden Vorlesungen enwickelt habe,[1]) einfach gegeben. Der Unterschied zwischen dem Erinnerungsbilde und dem Anschauungsbilde ist bei der Hallucination durch einen krankhaften Vorgang verwischt. Diesen Unterschied haben wir früher darin gefunden, dass die von uns als „Perceptionszellen“ bezeichneten ersten Endstätten des Projectionssystems in den centralen Projectionsfeldern der Rinde beim Acte der Wahrnehmung mitgereizt werden. Diese Zellen hatten wir als Träger des Organgefühles und Constituentien des Bewusstseins der Körperlichkeit kennen gelernt. Wir werden deshalb das Wesen der Hallucination auch so kennzeichnen können, dass wir sagen, der krankhafte Reiz erstreckt sich über die Erinnerungsbilder hinaus auf diese Träger des Organgefühls, und ein Erinnerungsbild wird zum Anschauungsbild und somit zur Hallucination, sobald es mit den zugehörigen Organempfindungen — durch Erregung eben jener Perceptionszellen — ausgestattet wird. Es ist also die Affection des Bewusstseins der Körperlichkeit, welche das Hauptmerkmal der Hallucinationen ausmacht. Die oben entwickelten Haupteigenschaften der Hallucination werden uns so erklärlich. So in erster Linie der Zwang, den sie auf die Aufmerksamkeit üben. Jede heftige Organempfindung übt diesen Zwang aus, wie ich Ihnen schon an verschiedenen Beispielen gezeigt habe[2]), und dass dieser Zwang zugleich als eine Schutzmaassregel für den Inbegriff der Körperlichkeit, das primäre Ich Meynert's, aufzufassen ist, ist Ihnen ebenfalls erinnerlich. Es ist uns nun auch verständlich, dass gerade der Angstaffect eine so innige Verknüpfung, oft eine directe Abhängigkeit von den Hallucinationen zeigt. Dieser Affect tritt, wie Ihnen erinnerlich ist, immer dann auf, wenn die Körperlichkeit, das „primäre Ich“, bedroht ist.

So werden uns auch die merkwürdigen Beobachtungen von abnorm scharfer Localisation der Hallucinationen verständlich. Das

---

1) Vgl. S. 20—47, besonders S. 39 und 45.

2) Vgl. S. 39.

Organgefühl als Constituens des gesammten Bewusstseins der Körperlichkeit bezieht sich immer auf eine bestimmte Stelle des Sinnesblattes der Haut oder der Netzhaut oder der Epithelschicht, welche die anderen Sinnesorgane auskleidet. Bei der Netzhaut wird dadurch die ganz bestimmte Projection in den Raum bedingt, eine Eigenschaft, die, wie wir sahen, auch der Vision zukommt. Es ist früher darauf hingewiesen worden, dass die Einstellungsbewegungen der Augen von den Organempfindungen der Netzhaut abgeleitet werden müssen. Solche Einstellungsbewegungen präformirter Art beobachten wir auch in Bezug auf das Gehörorgan bei allen Thieren mit beweglichen Ohrmuscheln, und die Reste von Ohrbeweglichkeit, die der Mensch noch besitzt, sind ein Beweis, dass auch der Mensch solche Einstellungsbewegungen einst machen konnte. Wird ja auch von den Wilden berichtet, dass ihre grössere Sinnesschärfe auf dem Gebiete des Gehörs sie befähigt, den Ausgangsort von Tönen oder Geräuschen in überraschend genauer Weise zu localisiren. Dem civilisirten Menschen ist diese Eigenschaft abhanden gekommen. Wir sehen sie aber in Krankheitsfällen wieder auftreten, und zwar, wie uns durchaus verständlich erscheint, geknüpft an abnorm starke Organempfindungen, die zum Theil direct als quälend empfunden werden und die Aufmerksamkeit so fesseln, das der Kranke gezwungen ist, auf ein hallucinirtes Zischeln zu lauschen, obwohl er kein Wort davon verstehen kann. Wie wir später sehen werden, kommen auch abnorme Localisationen von Phonemen, z. B. im Innern des Körpers, in einem Beine oder in einem Stiefel, wie ein Kranker sich ausdrückte, vor. Auch den Angstaffect werden wir hin und wieder in dieser merkwürdigen Weise localisirt antreffen. Wir werden darin Beispiele krankhafter Association im Gebiete des Bewusstseins der Körperlichkeit erblicken und sie nicht mehr so befremdlich finden.

Zwanzigste Vorlesung.

Lehre von den Hallucinationen, Fortsetzung. Festigkeit der präformirten associativen Verbände. Betheiligung der Projectionsfelder an den Hallucinationen. Besondere Localisation der Erinnerungsbilder. Paraphasischer Rededrang der Paralytiker, Zwangsnachsprechen von Phonemen. Verschiedene Intensität der Erinnerungsbilder. Hypermetamorphose. Hyperästhesie. Modification des Schemas der Identificationsstörungen.

Meine Herren!

Der so eben entwickelten Auffassung scheint sich eine Schwierigkeit entgegenzustellen, die unsere Beachtung verdient. Wie ist es möglich, werden wir fragen, dass ein pathologischer Reiz, dessen Localisation in gewissem Sinne dem Zufall unterworfen ist, gerade diejenige Anordnung des Reizes wiederholt, welche einem bestimmten optischen Erinnerungsbilde oder einer so kunstvollen Gruppirung von Einzeleindrücken, wie zu dem acustischen Erinnerungsbilde eines Wortes oder einer Melodie gehören, angehört? Müsste man nicht erwarten, dass ein von dem Zufall der befallenen Oertlichkeit abhängiger, an Ort und Stelle wirkender krankhafter Vorgang auch eine ganz regellose, den functionellen Einheiten der Erinnerungsbilder und der concreten Begriffe in keiner Weise entsprechende Reizung der in Betracht kommenden Perceptionszellen des betreffenden centralen Projectionsfeldes zur Folge haben müsste? Diese Schwierigkeit tritt uns noch mehr wie in dem Falle der Einzelhallucinationen eines Sinnes in dem anderen Falle der traumhaften oder überhaupt irgend welcher combinirten Hallucinationen entgegen. Müssen wir doch das Besondere dieser traumhaften Hallucinationen darin erblicken, dass der die Hallucination bedingende Reizvorgang in den verschiedenen Projectionsfeldern gleichsinnig, d. h. gerade mit derjenigen Anordnung des Reizes, welche ein genaues Abbild der Wirklichkeit wiederspiegelt, stattfindet. In der That können wir zur

Erklärung dieses merkwürdigen Zusammentreffens einer Hypothese nicht entbehren, die ich Ihnen schon früher[1]) angedeutet habe, als ich davon sprach, dass die Erfahrungen der Klinik dazu nöthigen, den Satz von der specifischen Energie der Sinneselemente auf das ganze Associationsorgan zu übertragen und anzunehmen, dass beim Anklingen der gleichen Combination von associativen Elementen immer der gleiche psychische Vorgang erfolgt. Eine Anwendung davon hatten wir früher nur so weit gemacht, dass wir das Auftauchen von bestimmten Gedanken als ein solches Anklingen einer ganz bestimmten Combination von associativen Elementen erklärten. Wir werden nun einen Schritt weiter gehen müssen und auch die Entstehung der traumhaften Hallucinationen als ein Anklingen derartiger functioneller Einheiten durch einen irgendwie gearteten Reiz betrachten. Mit anderen Worten: Auf welche Weise immer ein Reiz auf die durch wiederholte Function und Bahnung zu functionellen Einheiten verknüpften Elemente wirken möge, der Effect ist immer die Production eines bestimmten für sie specifischen Inhaltes. So geben uns gerade die gleichsinnigen combinirten Hallucinationen ein Beispiel für die Festigkeit derjenigen functionellen Verknüpfungen,[2]) welche das Bild der Aussenwelt repräsentiren. Ganz besonders dürfte die so eben angestellte Ueberlegung dann gelten, wenn es sich um die Irradiation eines irgendwo entstandenen Reizes auf die intacten centralen Projectionsfelder handelt, während die Erkrankung der Projectionsfelder selbst eher krankhaft abgeänderte Hallucinationen zu erzeugen im Stande ist. So verstehen wir die merkwürdige Beobachtung von A. Pick bei einem Individuum, das früher an sensorischer Aphasie gelitten hatte. Die Gehörshallucinationen hatten hier einen ausgeprägt paraphasischen Charakter und bestanden in entstellten Worten, Sätzen mit Wortverwechslungen u. dergl. mehr. Derselbe Autor berichtet über einen Kranken mit hemiopischem Defect der homonymen Quadranten beider Gesichtsfelder. Die Gesichtshallucinationen dieses Kranken hatten das Eigenthümliche, dass sie mit einer dem betreffenden Quadranten entsprechenden Lücke ausgestattet waren, so dass beispielsweise ein Kopf mit dem entsprechenden sectorenförmigen Ausschnitt erschien. Bei der progressiven Paralyse, derjenigen Krankheit, die immer auch zu einer örtlichen Erkrankung der Projectionsfelder führt, werden entstellte oder ganz sinnlose Worte häufig hallucinirt, ebenso aber auch ele-

---

1) Auf S. 103.

2) „Merksystemen" nach G. Hirth, Epigenesis der Merksysteme, München 1897.

mentare Geräusche, welche der regellosen Reizwirkung an Ort und Stelle an einem selbst erkrankten Projectionsfelde ihren Ursprung verdanken dürften. Auf optischem Gebiete kommen hier auch die verschiedensten Lichterscheinungen, Visionen von Blitzen und Feuerkugeln zur Beobachtung. Die grosse Mehrzahl von Hallucinationen ist dagegen sicher den irradiirten Reizwirkungen zuzurechnen, wie denn auch die Gehirnpathologie lehrt, dass die überwiegende Zahl von Reizsymptomen auf einer Fortleitung des Reizes von oft ganz entfernten Gehirnstellen aus beruhen.

Meine Herren! Nach der soeben entwickelten Anschauung werden wir kein Bedenken tragen, die Hallucinationen als localisirte Vorgänge aufzufassen und ihren Sitz in den Projectionsfeldern der betreffenden Sinne zu vermuthen. Und zwar sind wir genöthigt, den ersten Reizvorgang in diejenige Oertlichkeit zu verlegen, welche den Erinnerungsbildern entspricht und von ihnen aus eine weitere Reizung der zugehörigen, nach der Norm des Projectionssystems angeordneten wahrnehmenden Element, „Perceptionszellen“, wie wir sie früher nannten, anzunehmen. Diese Auffassung muss, wie leicht ersichtlich, derjenigen Annahme zur Stütze dienen, welche die Erinnerungsbilder nicht an den Ort der Wahrnehmung selbst, sondern in davon räumlich getrennte Stellen der Hirnrinde verlegt, eine Annahme, die durch eine Arbeit aus meiner Klinik von H. Sachs[1]) ohnehin erheblich an Wahrscheinlichkeit gewonnen hat. Wie Sie sich erinnern, hatte ich schon in meiner Einleitung als das Wesentliche des Erinnerungsbildes die Form des Reizes, d. h. das gegenseitige Verhältniss der gereizten Perceptionszellen hingestellt, und Sachs hat nachgewiesen oder mindestens sehr wahrscheinlich gemacht, dass die Erinnerung dieses Verhältnisses im Gebiete des Gesichtssinnes nicht an bestimmte Elemente des von ihm so genannten Lichtfeldes, der Rindenendigung des Tractus opticus, sondern in dem oculomotorischen Projectionsfelde repräsentirt zu denken ist. Die Vision müssten wir uns so zu Stande kommend denken, dass in Folge des Sejunctionsvorganges zunächst bestimmte oculomotorische Erinnerungsbilder erregt werden und erst von da aus die zugeordneten percipirenden Elemente des sogenannten Lichtfeldes. Dieser zweite Act ist bekanntlich unserem Willen entzogen, und wir müssen daraus schliessen, dass nur ein Reiz von krankhafter Stärke die Widerstände überwinden kann, die in der erzwungenen Umkehr der Leitungsrichtung liegen. Dass diese Wider-

1) Die Entstehung der Raumvorstellung aus Sinnesempfindungen. Nr. 5 der Psychiatr. Abhandlungen, herausgegeben von C. Wernicke.

stände sehr bedeutend sind, erschliessen wir auch aus dem Umstande, dass die meisten Visionen als schattenhaft und wenig leuchtend geschildert werden, während der andere Umstand, dass sie meist nur flächenhaft und als Bilder erscheinen, darauf hinweist, dass die Fortleitung des Reizes von einem oculomotorischen Felde zu dem entsprechenden der anderen Hemisphäre gewöhnlich nicht stattfindet — vielleicht, weil gar keine präformirte Bahn dafür besteht. Von einem durch krankhafte Vorgänge bedingten Reiz werden wir im Allgemeinen nicht erwarten können, dass er sich symmetrisch an identischen Stellen beider Hemisphären geltend macht, oder wir werden dies nur ausnahmsweise und unter besonderen Bedingungen als möglich zulassen. Zur Tiefenanschauung, soweit sie durch die Augen vermittelt wird, wird uns aber immer das Zusammenwirken der oculomotorischen Projectionsfelder beider Hemisphären erforderlich erscheinen. Sie sehen, meine Herren, dass gerade die Annahme eines mehr oder weniger willkürlich localisirten pathologischen Reizes die einfachste Erklärung für gewisse fundamentale Eigenschaften der Gesichtshallucinationen liefert. Natürlich ist dabei die andere Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass ein pathologischer Reiz sich ausnahmsweise im Lichtfelde selbst geltend macht: dann treffen wir auf sogenannte elementare Hallucinationen, Lichterscheinungen der verschiedensten Art, bei denen die Form nebensächlich ist. Wenn Jemand Blitze, eine feurige Wolke, ein Flammenschwert, ein Feuermeer vor sich sieht oder die Milch zurückweist, weil er sie für Blut hält, oder Blutlachen in seinem Bett sieht, so wird es sich um derartige primäre Reizungen des Lichtfeldes — natürlich auch in Folge des Sejunctionsvorganges — handeln.

Dass für die Erinnerungsbilder der Töne und speciell der Sprachklänge eine ähnliche Ueberlegung gilt, hat H. Sachs in seiner eben erwähnten Arbeit in geistreicher Weise entwickelt. Auch hier ist bei den Erinnerungsbildern das Verhältniss der Töne und Klänge zu einander maassgebend und deshalb wahrscheinlich, dass diese Verhältnissgrössen an ein dem oculomotorischen entsprechendes akustisch-motorisches Projectionsfeld geknüpft sind. Erst die Fortleitung des krankhaften Reizes von diesem supponirten Felde auf das akustische Perceptionsfeld bedingt das Zustandekommen der Hallucination, und zwar, da die überwiegende Zahl der Verhältnissgrössen Sprachklänge vorstellen, das subjective Ertönen von Sprachklängen. In dem ausnahmsweisen Falle, dass das akustische Perceptionsfeld primär durch den Reiz betroffen wird, entstehen subjec-

tive Geräusche und Toncombinationen von regelloser Beschaffenheit, die von uns früher sogenannten Akoasmen. Dass im Gegensatze zu den Gesichtshallucinationen die Gehörshallucinationen und besonders die Phoneme das volle Gepräge der Wirklichkeit tragen, wird daraus verständlich, dass das Centrum der Wortklangbilder von vornherein einseitig angelegt ist, so dass wir in den Phonemen ein exquisites Herdsymptom des linken Schläfelappens vor uns haben, allerdings von dem beschränkten localisatorischen Werth, den die Reizsymptome überhaupt an sich tragen. Bekanntlich steigt dieser Werth beträchtlich, sobald den Symptomen des Reizes auch solche des Ausfalls mit beigemischt sind, und es ist deshalb hier der Ort, an das Vorkommen der von mir früher sogenannten maniakalischen Aphasie[1]) zu erinnern. Wir werden später sehen, dass uns dieser Name jetzt nicht mehr zutreffend erscheinen kann, da es sich vielmehr um ein zugleich hyper- und parakinetisches Symptom handelt. Dieses Symptom selbst ist das bei Paralytikern nicht allzu selten vorkommende des paraphasischen Rededranges, ein exquisit motorisches Reizsymptom, innerhalb dessen der Defect, die Erkrankung der linken ersten Schläfewindung, sich durch die paraphasisch abgeänderte Form des Rededranges kündgiebt. Im Gegensatz zu dem sonstigen, ziemlich häufig vorkommenden isolirten Rededrang der Paralytiker ohne paraphasische Beimischung, welcher ein wirklich maniakalisches Symptom ist, zeigt dieser Rededrang auch inhaltlich ein überwiegend motorisches Gepräge und beruht zweifellos auf einer Reizwirkung, die den erkrankten linken Schläfelappen zum Ausgangspunkt hat. Wir entnehmen daraus, dass irgend welche Reize im linken Schläfelappen auch einen ganz anderen Weg einschlagen können, gewissermaassen den entgegengesetzten als den zum akustischen Perceptionsfelde, und dass die Reizwirkung sich in diesen Fällen der präformirten Bahn zur Broca'schen Windung bedient.

Unter demselben Gesichtspunkte der Localisation der Reizwirkung verdient eine andere Thatsache hier Erwähnung, ich meine die nicht seltene Erscheinung des zwangsmässigen Nachsprechens von Phonemen. Dieses ebenfalls exquisit motorische Symptom, das unter besonderen Umständen auch mit Paraphasie verknüpft sein kann, weist auf eine Reizwirkung hin, welche nach einander die beiden uns schon bekannten Wege der Irradiation einschlägt. Sie hat das Eigenthümliche, dass der Inhalt der Phoneme überwiegend

1) Cfr. Gehirnkrankheiten 3. Bd. p. 551.

häufig in sonst affectlosen, auswendig gelernten Reihenassociationen besteht, z. B. in dem Herzählen der Zahlenreihe. So sehr dieser Umstand für eine engere Localisation des Reizes im Schläfelappen selbst spricht, so gehören doch diese Fälle keineswegs zur Paralyse, sondern zu den Motilitätspsychosen, und dasselbe gilt von dem Zwangssprechen überhaupt ohne vorheriges Halluciniren von Sprachlauten.

Meine Herren! Sie sehen, dass gerade erst die Kenntniss aller dieser innerlich zusammengehörigen Symptome die Bedeutung der linken ersten Schläfewindung als Sitz der Phoneme, des allerhäufigsten und man kann fast sagen auch allerwichtigsten unter allen psychotischen Symptomen, in das richtige Licht stellt. Trotzdem können wir nicht daran zweifeln, dass mit Ausnahme von gewissen ganz besonderen Fällen, wie ich zum Theil hier schon angedeutet habe, der linke Schläfelappen nicht der eigentliche Sitz des Krankheitsprocesses ist, dessen Reizwirkungen er uns offenbart. Die Phoneme sind vielmehr überwiegend als Fern- oder Nebenwirkungen, jedenfalls Irradiationserscheinungen aus anderwärts localisirten Krankheitsvorgängen — Sejunctionsvorgängen — aufzufassen. Das wird schon durch die eine, allerdings fundamentale Thatsache bewiesen, dass genau die gleichen Krankheitstypen bald mit, bald ohne Phoneme auftreten können. Die Phoneme zeigen sich dann durch einen entsprechenden, wenn auch nicht genau in Worte gefassten Inhalt der Gedanken ersetzt. Ferner aus dem weiteren Umstande, dass der Inhalt der Phoneme je nach den Krankheitstypen ein gesetzmässiger ist, ganz ebenso wie der Inhalt der Gedanken. Auf diesen Punkt werden wir sogleich näher einzugehen haben.

Meine Herren! Sie sehen, dass jeder Versuch, in ein tieferes Verständniss der Psychosen einzudringen, uns mit Nothwendigkeit auf gewisse brennende Fragen der Gehirnpathologie führt, wie z. B. die so eben behandelte der besonderen Localisation von Erinnerungsbildern. Nach meiner Meinung ist eine solche jetzt ziemlich wahrscheinlich, nicht nur aus den schon gebührend hervorgehobenen theoretischen Erwägungen von H. Sachs, sondern auch nach den, wenn auch noch wenig zahlreichen Beobachtungen, in denen Fälle sogenannter Asymbolie genau untersucht und ein genauer Sectionsbefund erhoben worden ist. Drei derartige Fälle aus meiner Klinik, darunter zwei mit Sectionsbefund, sind neuerdings von Heilbronner[1])

1) Psychiatrische Abhandlungen, Heft 3 und 4: Ueber Asymbolie.

in den von mir herausgegebenen psychiatrischen Abhandlungen geschildert worden, und die Asymbolie stellt sich danach als eine combinirte Störung dar, insofern zum Theil die secundäre Identification, zum Theil die primäre Identification der Sinneseindrücke verloren gegangen ist. Der erstere Umstand erklärt sich nach dem Sectionsbefunde aus der doppelseitigen Durchbrechung des Marklagers der convexen Seite des Hirnmantels, zwischen Hinterhaupt-Schläfelappen einerseits und den übrigen Parthien des Gehirns andererseits. Die Störung der primären Identification hinwiederum findet in den partiellen Zerstörungen des Hinterhaupts- und Schläfelappens selbst eine ausreichende Erklärung. Dabei ist die klinische Voraussetzung für das Symptomenbild der Asymbolie, nämlich die Integrität des eigentlich percipirenden Actes, auch in dem Sectionsbefund dadurch bestätigt, dass das von Sachs sogenannte Lichtfeld des Hinterhauptlappens und andererseits grosse Teile des Schläfelappens erhalten und mit der Projectionsfaserung in Verbindung geblieben sind. Um meinen Standpunkt in dieser Frage unzweideutig auszusprechen, will ich hier bald erklären, dass ich den Act der functionellen Fortleitung von den percipirenden zu den Erinnerungscentren der primären Identification zurechne und nur die transcorticale Fortleitung des Reizes über die letzteren hinaus als secundäre Identification verstanden wissen will. Auch der Sectionsbefund des von Lissauer[1]) klinisch genau beobachteten, von Hahn[2]) anatomisch untersuchten Falles von Seelenblindheit unterstützt diese Auffassung.

Eine zweite ebenso brennende Frage, an der aber überwiegend die Psychiatrie interessirt ist, ist die, ob das Denken in Worten oder in Begriffen oder überwiegend in einer dieser Formen stattfindet. Wie Sie sich erinnern, habe ich mich früher dahin ausgesprochen, dass das Denken keinesfalls an das Vorhandensein der Wortbegriffe oder auch nur der Wortklangbilder ausschliesslich geknüpft ist, dass vielmehr ein selbstständiges begriffliches Denken anzuerkennen ist. Indessen musste ich schon früher zugeben, dass individuelle Verschiedenheiten in dieser Beziehung bestehen mögen, gewissermaassen Gewohnheiten des Gehirns, wonach die Einen überwiegend in Worten, die Anderen überwiegend begrifflich denken. Ich stelle mir auch vor, dass das überwiegend begriffliche Denken die überlegene, der Wirklichkeit genauer angepasste, gewissermaassen naturwissenschaftlichere Form des Denkens ist. Ich kann aber nicht verschweigen, dass hervorragende Gehirnkenner wie H. Sachs

1) Arch. f. Psych. 21. Bd.

2) Arbeiten aus der Psychiatr. Klinik in Breslau Heft II, Leipzig 1895, p. 105.

eine andere Meinung vertreten und so zu sagen das ganze logische Denken in die Stätte der Klangbilder, d. h. also in den linken Schläfelappen verlegen. Wie ich mich schon früher ausgesprochen habe, geht dies nach meiner Meinung zu weit und wird durch die klinische Erfahrung von Erkrankungen des linken Schläfelappens widerlegt, ich muss aber zugeben, dass, abgesehen von jeder individuellen Verschiedenheit, eine Reihe von Begriffen existiren, die auch nach meiner Meinung vorwiegend an den linken Schläfelappen als die Stätte der Worterinnerungsbilder gebunden sein mögen, und zwar deshalb, weil im Gegensatz zu den anderen und besonders allen concreten Begriffen das dazu gehörige Wortklangbild gewissermaassen den einzigen Sammelpunkt aller zugehörigen associativen Verknüpfungen abgiebt, weil ferner auch diese letzteren sämmtlich auf dem Wege der Sprache erworben sind. Ich meine darunter nicht die Ausdrücke für Zustände innerer Erfahrung, die ich schon früher angeführt habe, sondern mehr künstlich eingelernte, durch den Unterricht acquirirte und keineswegs nur abstracte Begriffe. Dahin gehört z. B. die Zahlenreihe und das Manipuliren mit derselben, dahin gehören die an bestimmte Namen geknüpften Begriffe von historischen Daten und Persönlichkeiten und thatsächlich viele Abstracta. Ein Denken, das von dem linken Schläfelappen unabhängig ist, werden wir uns also nur unter der Beschränkung auf überwiegend concrete Beispiele, sagen wir mit einer gewissen Vereinfachung des Denkinhaltes, vorstellen können. Im Allgemeinen macht das Object der psychiatrisch klinischen Beobachtung, nämlich das motorische Verhalten unter gewissen äusseren Bedingungen, keine wesentlich darüber hinausgehende Ansprüche, um so weniger, je acuter das Krankheitsbild gefärbt ist, so dass wir also mit der angenommenen individuellen Verschiedenheit verschiedener Menschen wirklich rechnen können.

Jedenfalls kenne ich für die Thatsache, dass es eine ganze Reihe von Geisteskrankheiten giebt, welche bald mit, bald ohne Hallucinationen — und immer handelt es sich hier hauptsächlich um Phoneme — vorkommen, keine andere Erklärung, als eben diese individuell verschiedene Gewohnheit des Denkens, welche bei den überwiegend in Worten Denkenden eine gesteigerte Erregbarkeit der Wortklangbilder und daher das leichtere Zustandekommen der Hallucination erklärlich macht.

Meine Herren! Wenn darüber ein Zweifel möglich ist, ob das Denken ausschliesslich in Erinnerungsbildern von Worten vor sich geht, so ist es doch ganz unmöglich zu bestreiten, dass überhaupt

in Erinnerungsbildern gedacht wird, und dass wir für den Unterschied zwischen Erinnerungsbild und Anschauungsbild ein unbedingt zuverlässiges, der inneren Erfahrung entnommenes Merkmal besitzen müssen. Es fragt sich aber, wie Erinnerungsbilder von verschiedener Intensität von uns beurtheilt werden, und ob in dieser Hinsicht vielleicht die von uns früher schon ins Auge gefassten elementaren Symptome der autochthonen Gedanken, der Zwangsvorstellungen und überwerthigen Ideen eine nähere Analyse gestatten. Von diesen drei Symptomen sind offenbar die Zwangsvorstellungen das best gekannte und leichtest abzugrenzende. Bei den acuten Psychosen ist ihre klinische Bedeutung aber verhältnissmässig gering. Die überwerthigen Ideen bedürfen, wie wir bald sehen werden, in ihrer Begriffsbestimmung eine gewisse Erweiterung. Dann stellt sich heraus, dass sie eine ähnliche Bedeutung wie die Hallucinationen in dem klinischen Bilde der acuten Psychosen beanspruchen können. Von den autochthonen Ideen hatten wir schon früher gesehen, dass sie mit den Phonemen nahe verwandt sind, denselben vorangehen, oder in sie übergehen können und zuweilen gar nicht abgrenzbar von ihnen sind, indem die Kranken selbst nicht wissen, ob den eingegebenen Gedanken ein eigentlicher Stimmklang beiwohnt oder nicht. Die Verwandtschaft tritt nun auch darin hervor, dass die autochthonen Ideen immer in bestimmte Worte gefasst zu sein scheinen und dass sie ihrem Inhalt nach die gleiche Bedeutung haben, wie sich besonders klar dann zeigt, wenn der Inhalt einem Befehl oder Verbot entspricht und auf das Handeln der Kranken bestimmend wirkt.

Die angeführten Momente lassen die Deutung zu, dass die autochthonen Ideen ebenso wie die Phoneme ein Reizsymptom des Schläfelappens sind, d. h. ein Auftauchen von sehr lebhaften Erinnerungsbildern der Wortklänge, ohne dass der Reiz sich auf die Organempfindungen des Gehörs erstreckt. Die gleiche Stärke des krankhaften Reizes vorausgesetzt, würde sich dann mit Nothwendigkeit die weitere Annahme ergeben, dass ein Reizvorgang, der sich bis auf die Stätte der Organgefühle, d. h. das acustische Perceptionsfeld, zurück erstreckt, einen dem Schläfelappen — functionell — näher liegenden Ausgangspunkt haben muss, als ein anderer, der sich schon an der Stätte der Erinnerungsbilder erschöpft. Wir gelangen damit zu der Auffassung, welche ich Ihnen schon früher entwickelt habe, dass die Verschiedenheit der Localisation des Sejunctionsvorganges dem Unterschiede zwischen Hallucinationen und autochthonen Ideen zu Grunde liegt.

Meine Herren! Ich habe früher angedeutet, dass auch die primäre Identification bei den Geisteskranken in Mitleidenschaft gezogen werden kann. Die zwei Symptome, die hier in Betracht kommen, betreffen das eigentliche Grenzgebiet zwischen secundärer und primärer Identification, nämlich die an den „Perceptionszellen" haftenden Organgefühle, und es ist wohl kein Zufall, dass sie hauptsächlich in Krankheitszuständen beobachtet werden, die ihrem ganzen Gepräge nach den sogen. „organischen" Gehirn- und Nervenkrankheiten nahe stehen.

Unter Hypermetamorphose verstehen wir den organisch bedingten Zwang, von den Sinneseindrücken Notiz zu nehmen und die Aufmerksamkeit darauf zu lenken. Sie lässt sich meist experimentell feststellen, indem man beliebige Sinnesreize in den Bereich des Kranken bringt, also z. B. die Uhr, das Taschentuch, die Börse herauszieht, oder wie zufällig mit irgend welchen Gegenständen manipulirt: für den Gesichtssinn — ein Geräusch erzeugen lässt, etwa die Uhr schlagen oder zu einem Dritten eine halblaute Bemerkung macht, den Wasserhahn laufen lässt, eine Melodie vor sich hinsummt: für Gehörseindrücke — den Kranken gelegentlich berührt: für Tasteindrücke — riechbare Stoffe in seine Nähe bringt: für Geruchseindrücke. Meist lässt schon das ganze Verhalten des Kranken das Symptom unzweideutig und sofort kenntlich entgegentreten, und besonders sind es die Vorgänge auf der Krankenabtheilung, welche zwangsmässig das Interesse der Kranken in Anspruch nehmen. Dabei tritt oft ein Unterschied hinsichtlich der befallenen Sinnesgebiete hervor, indem manche Kranke mehr durch Gesichtseindrücke, manche mehr durch Gehörseindrücke, insbesondere die Aeusserungen der Kranken gefesselt werden. Eine Erklärung für das Symptom finden wir in der Annahme einer gesteigerten Erregbarkeit der Organempfindungen, so dass die ihnen innewohnende Eigenschaft, die Aufmerksamkeit in Anspruch zu nehmen, schon bei schwächeren, sonst unbeachteten Sinnesreizen zur Geltung kommt. Dass bei einer solchen Steigerung der Organempfindungen auch die ruhigsten Stationen mit dem eintönigsten Betriebe den Kranken Stoff genug und überreichlich für ihre Sinneswahrnehmungen bietet, ist selbstverständlich. Der zweckmässigste Aufenthalt für solche Kranke ist deshalb ein Isolirraum, denn das Symptom ist auch von erheblicher praktischer Bedeutung, weil es eine motorische Unruhe der Kranken hervorrufen, unterhalten und steigern kann, ganz abgesehen davon, dass die Mitkranken davon meist in Mitleidenschaft gezogen, gestört und belästigt werden. Die

Hauptfolgeerscheinung der Hypermetamorphose ist die Zerstreutheit, d. h. die mangelhafte Lenkbarkeit der Gedanken und Unfähigkeit der Kranken, einem geschlossenen Gedankengange zu folgen. Die Antworten der Kranken, die Auskunft, die sie ertheilen, Mittheilungen, die sie aus eigenem Antrieb machen wollen, können deshalb den Anschein der Zusammenhangslosigkeit machen, weil sie durch eben gegenwärtige Sinneseindrücke jeden Augenblick unterbrochen werden. Die Hypermetamorphose ist deshalb ein Hauptelement desjenigen Symptomencomplexes, den wir später unter dem Namen Verwirrtheit noch genauer kennen lernen werden. In diesem Symptomencomplex kann sie zuweilen sogar das ausschlaggebende und beherrschende Element sein, ein eignes Krankheitsbild für sich aber vermag die Hypermetamorphose nicht zu bilden,[1]) sie scheint immer nur ein begleitendes, wenn auch in jeder Hinsicht wichtiges Symptom zu sein.

Am nächsten verwandt ist der Hypermetamorphose die sogenannte Hyperaesthesie der Sinnesorgane, ein Symptom, welches von vielen körperlichen Krankheiten her bekannt ist. Die Hyperaesthesie ist keinesfalls mit der Hypermetamorphose identisch und darf nicht damit verwechselt werden. Sie hat bei Geisteskranken nur eine geringe und fast nie selbstständige Bedeutung, am meisten noch bei denjenigen chronischen Geisteskranken, welche als Uebergangsformen zum hysterischen Charaktertypus betrachtet werden müssen, also fast ausschliesslich bei hysterischen Frauen. Ferner bedingt sie vielleicht das Symptom der Schreckhaftigkeit in gewissen, bei Epiletikern auftretenden Dämmerzuständen, welche wegen der offenbaren Herabsetzung des Sensoriums und ihres stuporösen Gepräges ebenfalls eine grosse Aehnlichkeit mit bekannten Symptomen organischer Gehirnkrankheit (besonders der Meningitis) zeigen. Die Schreckhaftigkeit gewisser acutester Bilder von Geisteskrankheit, welche wir später kennen lernen werden, beruht wahrscheinlich zum Theil auf derselben Grundlage. Abgesehen davon wird die Hyperaesthesie der Sinnesorgane namentlich in dem ersten, ansteigenden Stadium acuter Psychosen und in der Reconvalescenz von solchen beobachtet, wo sie die Kranken gegen die Eindrücke ihrer Umgebung je nach ihrer Persönlichkeit mehr oder weniger unleidlich und unzufrieden oder gereizt macht.

Meine Herren! Es kann nicht fehlen, dass die beiden letztgeschilderten Symptome Sie an das erinnern, was bei den Versuchen

---

1) Der Entdecker des Symptoms H. Neumann hat zwar ein solches Krankheitsbild aufgestellt, aber unter Beimischung so vieler anderer Elemente, dass dies meine Behauptung nur stützen kann.

einer Definition der Geisteskrankheiten und deren Abgrenzung von den Gehirnkrankheiten früher zur Sprache gekommen ist. Wenn die Hypermetamorphose auf einer gesteigerten Erregbarkeit, einem dauernden Reizzustande der wahrnehmenden Elemente, Perceptionszellen, wie wir sie genannt haben, beruht, so gehört sie nicht zu den Störungen der secundären Identification, sondern hat ihren Sitz in den nächsten Endigungen des Projectionssystems selbst. Dasselbe gilt für die Hyperaesthesie der Sinnesorgane, wenn nicht gar deren Ursache in einer noch peripherer gelegenen Strecke des Nervensystems zu suchen ist, was in allen Fällen der Fall sein dürfte, wo die Hyperaesthesie sich nur in einem einzigen Sinnesbereich geltend macht. Deshalb ist auch die Hyperaesthesie von jeher unter den Krankheiten des peripherischen Nervensystems abgehandelt worden. Die Hypermetamorphose dagegen ist sicher immer central bedingt. Die klinische Beobachtung bestätigt insofern unsere Auffassung, als wir das Symptom mit Vorliebe bei den schweren Krankheitszuständen antreffen werden, ganz abgesehen von dem ungemein häufigen Auftreten desselben bei den agitirten Formen der paralytischen Psychosen. Unter den nicht paralytischen Psychosen sind es namentlich die beiden Krankheitsbilder der verworrenen Manie und der hyperkinetischen Motilitätspsychose, wo das Symptom fast niemals vermisst wird und einen sehr wesentlichen Bestandtheil des Krankheitsbildes ausmacht.

Meine Herren! Es darf Sie nicht Wunder nehmen, dass unser Schema s A Z m auch die Ableitung gewisser Grenzfälle gestattet, in welchen das Princip der secundären Identificationsstörungen verletzt wird und ein Uebergang zwischen primären und secundären Störungen der Identification stattzufinden scheint. Die gleiche Erfahrung werden wir dann noch auf dem Gebiete der Motilität machen, wo wir auf Zustände von Muskelstarre, begleitet von schwerer Bewusstlosigkeit, stossen werden, welche einen entschiedenen Uebergang zu epileptischen Anfällen bilden und doch ihrer Entwickelung nach nur als eine besonders heftige Steigerung hyper- und parakinetischer Motilitätsymptome im Verlauf von schweren Motilitätspsychosen aufgefasst werden können. Auch auf die Entwicklung wirklicher Contracturen als Folge von habituell gewordenen parakinetischen Identificationsstörungen auf psychomotorischem Gebiet werden wir nicht selten stossen. Es zeigt sich eben an unserem Schema, wie überall in der Natur, dass die Natur nicht schematisch zu Werke geht. Denken wir nur immer daran, dass jedes Schema, und so auch das unserige, nur den Werth eines Lehr-

und Verständigungsmittels besitzt und überflüssig wird, sobald ein besseres, leichteres oder die Thatsachen richtiger gruppirendes gefunden worden ist. Verlassen Sie sich darauf, meine Herren, dass von dieser Nothwendigkeit Niemand mehr durchdrungen ist als ich, und dass der Respect vor den Thatsachen bei diesem Versuch einer klinischen Darstellung der Geisteskrankheiten meine oberste Richtschnur bildet.

Sie werden nun auch verstehen, dass wir das Recht haben, ohne uns den Vorwurf der Inconsequenz zuzuziehen, unser Schema selbst nach Bedarf abzuändern. Es ist hier wohl der geeignete Ort, zu untersuchen, inwieweit ein solches Bedürfniss vorliegt.

Ich erinnere Sie nochmals an meine einleitenden Bemerkungen über die Organempfindungen und das Bewusstsein der Körperlichkeit. Wir hatten damals gewisse Bewegungsäusserungen kennen gelernt, welche wir als Schutzmaassregeln für den Körper deuteten und auf präformirte, wahrscheinlich angeerbte[1]) Mechanismen zurückgeführt haben. Solche Bewegungen waren theils einfacherer Natur, wie angeborene Reflexe, z. B. die Einstellungsbewegungen der Augen, das Zurückziehen eines Gliedes vor einem schmerzhaften Reiz, theils complicirte Bewegungsanordnungen, wie die des Zurückschreckens, des Zurseitespringens u. dergl. mehr. Solche Bewegungen haben das gemeinsame Merkmal, dass sie als Reaction auf lebhafte Organempfindungen erfolgen, und zwar halb unbewusst, jedenfalls ohne eine irgendwie complicirtere Gedankenthätigkeit. Die Erfahrung lehrt nun, dass derartige Bewegungen auch bei den Geisteskranken vorkommen, und für sie ist offenbar unser Schema nicht oder nur sehr gezwungen anwendbar. Die Abänderung unseres Schemas, welche hier erforderlich wird, kann nur darin bestehen, dass wir eine Art von Rindenreflex, durch Kurzschluss, um den Vergleich anzuwenden, auf einer kürzesten Bahn zwischen s und m als gegeben betrachten, eine Bahn, die ganz dem Bewusstsein der Körperlichkeit angehört und von der anderweitigen Thätigkeit des Bewusstseinsorganes relativ unabhängig ist. Damit gewinnen wir ein Verständniss für eine Reihe von Bewegungsäusserungen, die uns ihrer Form nach als Reaction auf heftige Organempfindungen aus dem gesunden Geistesleben bekannt sind und die bei Geisteskranken unter Bedingungen beobachtet werden, die auf eine hochgradige Herabsetzung des Sensoriums schliessen lassen.

So z. B. die an Jactation erinnernden, oft ganz mit ihr identischen,

1) Epigenetische Merksysteme nach dem glücklichen Ausdrucke G. Hirth's. Vgl. dessen „Epigenesis der Merksysteme.“ München u. Leipzig, 1898.

wälzenden oder wühlenden Bewegungen in manchen tiefen Dämmerzuständen der Epileptiker und Paralytiker, zuweilen von mehrwöchentlicher Dauer, unausgesetzt und immer von der gleichen monotonen Art der Ausführung. Zuweilen sind es bestimmtere Bewegungsanordnungen, wie die des Sichwindens (unter Schmerzen), Sichzusammenkrümmens, welche auf lebhafte Organempfindungen in den Baucheingeweiden hinweisen, ohne dass deshalb ihr centraler Entstehungsmodus in Zweifel gezogen zu werden braucht. Die gleiche Entstehungsweise werden wir dann voraussetzen, wenn die Kranken zwar bei Bewusstsein sind, aber auch im Stande sind, über die Organempfindungen als Anlass ihrer Bewegungen entweder bald oder nachher Auskunft zu geben. So beobachtet man die Expressivbewegungen des Schreiens und Brüllens, oft aus vollem Halse, in Folge eines Angstgefühls. Modificationen dieser Expressivbewegungen durch besondere Localisationen der Angst, wie z. B. im Halse, im Magen, in der Blase, in der Gebärmutter, meist begleitet von schweren körperlichen Sensationen in diesen Organen, sind das Ausstossen von grunzenden, mehr oder weniger thierähnlichen Lauten, Betastungen der betreffenden Körpergegenden oder Zerren an denselben u. s. w. Auch das Gefühl der unbestimmten körperlichen Unruhe, verbunden mit einer entsprechenden Bewegungsunruhe, von den Kranken auf nicht zu schildernde unbehagliche Empfindungen zurückgeführt und oft bei vollem Bewusstsein zu beobachten, wird man berechtigt sein, auf dunkle Organgefühle zurückzuführen, ein Analogon der bei bewusstlosen Zuständen zu beobachtenden Jactation. Wie man sieht, braucht bei diesen rein somatopsychisch bedingten Motilitätsäusserungen durch kurzen Schluss das Bewusstsein nicht ausgeschaltet zu sein. Es verhält sich aber als Zuschauer zu diesen gewissermaassen in tieferen Regionen sich abspielenden Vorgängen, zuweilen sogar als nicht unthätiger Zuschauer, indem der Affect der Rathlosigkeit oder bestimmte Erklärungswahnideen auf diesem Boden sich entwickeln können.

Meine Herren! Wenn Sie bedenken, dass auf dem Wege des Experiments eine lähmungsartige Schwäche der Hinterextremitäten durch Quetschung innerer Organe, wie der Nieren, erzeugt werden kann, so werden Sie auch mit der Möglichkeit rechnen, dass auf demselben Wege der unmittelbaren Einwirkung krankhafter Organgefühle auf die Motilität (durch kurzen Schluss) auch Zustände von Regungslosigkeit und überhaupt akinetischer Art zu Stande kommen können. Schon das gesunde Geistesleben bietet dafür Analogien. Wir finden es natürlich, dass die

Kranken mit Nieren- oder Gallensteinkolik sich vor Schmerzen nicht rühren können. Vielleicht ist es ähnlich aufzufassen, wenn ein Zustand allgemeiner Regungslosigkeit mässigen Grades bei einem Kranken beobachtet wird, welcher über ein unerträgliches Kitzelgefühl in den Därmen klagt, oder wenn eine Kranke nach dem Erwachen aus einem mehrmonatlichen Zustande allgemeiner schwerer Regungslosigkeit als Grund dafür angiebt, sie hätte einen Vogel im Leibe gespürt u. dergl. mehr. Ganz besonders werden wir die Entstehung akinetischer Symptome auf diesem Wege dann begreiflich finden, wenn die Musculatur selbst der Sitz der krankhaften Organgefühle ist. Solche Fälle, in denen jede ausgiebigere passive Bewegung schmerzhaft empfunden wird, die dem entsprechend mit schwerstem Krankheitsgefühl und meist noch einem Complex von melancholischen Symptomen einhergehen, habe ich wiederholt beobachtet.

Einundzwanzigste Vorlesung.

Desorientirung das Fundamentalsymptom jeder Psychose. Rathlosigkeit an die Bedingung acuter Entstehung geknüpft. Verschiedene Arten der Desorientirung und Rathlosigkeit. Daraus resultirende Handlungen. Motorische Desorientirung und Rathlosigkeit. Transitivismus.

Meine Herren!

Es dürfte von Vortheil sein, wenn wir uns, ehe wir weiter gehen, noch an der Hand unseres lehrreichen Falles, des Ingenieurs K., über das eigentlichste Wesen aller acuten Geisteskrankheiten etwas näher belehren lassen. Die Psychose, welche Herr K. durchgemacht hat, wird uns späterhin nicht mehr eingehender beschäftigen, denn sie repräsentirt eine äusserst complicirte und bislang noch wenig bekannte Krankheitsform. Gerade deshalb aber ist sie für unseren gegenwärtigen Zweck brauchbar, denn der Kranke hat nicht nur einen grossen Theil der Elementarsymptome, welche sich aus unserem Schema der Identificationsstörungen ableiten lassen, selbst erlebt, sondern weiss auch die Wirkung, die sie auf ihn hervorgebracht haben, vortrefflich zu schildern. Der allgemeinste Ausdruck, den wir für diese Wirkung finden, ist die Desorientirung. In der Desorientirung haben wir das eigentliche Wesen jeder Psychose zu erblicken. Die in unserem Schema enthaltenen Identificationsstörungen stellen nur die Mittel dar, deren sich die Natur bedient, um die Desorientirung herbeizuführen. Es giebt keinen Geisteskranken, der nicht in irgend einer Weise desorientirt wäre. Ist er es einmal nicht, so ist er auch nicht im engeren Sinne geisteskrank. In der Desorientierung besteht der eigentliche Schaden, den der uns grösstentheils noch unbekannte Krankheitsprocess bei den Geisteskranken anrichtet. Alle krankhaften Veränderungen des Bewusstseinsinhaltes, die vorübergehend oder dauernd bei den Geisteskranken

auftreten, lassen sich unter diesen Begriff der Desorientirung bringen. Nach meinen früher gegebenen Erläuterungen unseres Schemas wird Ihnen dieser Zusammenhang zwischen Bewusstseinsthätigkeit und Bewustseinsinhalt, diese gesetzmässige Folge der Desorientirung aus der krankhaft abgeänderten Bewusstseinsthätigkeit nur natürlich erscheinen. Die Wichtigkeit dieses Gesichtspunktes tritt uns um so mehr entgegen, als ich schon immer betonen musste, dass der Inhalt des Bewusstseins und die Veränderungen desselben verhältnissmässig die greifbarsten, in die Augen springendsten, am leichtesten zu beurtheilenden Erscheinungen bietet. Wir werden deshalb auch die Eintheilung der Psychosen aus der durch die Krankheit gesetzten inhaltlichen Veränderung herleiten, ganz in der gleichen Weise, wie wir das bei den chronischen Psychosen gethan haben, und werden finden, dass wir damit die Grundlage für ein natürliches, allen Thatsachen Raum gewährendes System der Classification gewonnen haben. Entsprechend unserer Eintheilung des Bewusstseins in die drei Gebiete der Körperlichkeit, der Aussenwelt und Persönlichkeit werden wir auf das klinische Bedürfniss stossen, entsprechende Arten der Desorientirung zu unterscheiden und uns dazu der Ausdrücke somatopsychisch, allopsychisch und autopsychisch bedienen. Ausserdem werden wir noch das theils in das somatopsychische, theils in das autopsychische Gebiet fallende Bereich der Motilitätsstörungen als eine besondere motorische Art der Desorientirung unterscheiden. Wenn, wie bei den acuten Psychosen, die Desorientirung acut hereinbricht, so ist sie naturgemäss mit einem lebhaften Affect verbunden. Die deutsche Sprache bietet uns dafür in der Rathlosigkeit einen treffenden Ausdruck, der nicht selten von den Geisteskranken selbst gebraucht wird. Wir werden demgemäss im Folgenden auch für die verschiedene Färbung dieses Affectes in den Worten somatopsychische, allopsychische, autopsychische und motorische Rathlosigkeit präcise Ausdrücke haben.

So sprach auch Herr K. ganz spontan von der Rathlosigkeit, in der er sich lange Zeit befunden habe: „Er habe sich immerfort gewundert, sei aus dem Staunen nicht heraus gekommen.“ Namentlich die Sinnestäuschungen, denen Patient unterworfen gewesen ist, gaben ihm dazu Anlass. Da er dabei über seinen Aufenthalt und die Personen seiner Umgebung im Wesentlichen immer orientirt geblieben ist und selbst den combinirten Hallucinationen gegenüber durch seine Auffassung derselben als Traumbilder noch eine gewisse Orientirung bewahrt hat, so sehen wir an dem Beispiele, dass die Bedeutung der Sinnestäuschungen wirklich darin besteht, wie wir

es früher[1]) schon aufgefasst haben, dass das Bild der Aussenwelt einen krankhaften, der Wirklichkeit nicht entsprechenden Zuwachs erfährt, dass aber die Wirklichkeit daneben als solche anerkannt werden und die allopsychische Orientirung in einem gewissen Sinne erhalten bleiben kann. In einem weiteren Sinne werden wir auch diesen krankhaften Zuwachs als desorientirend betrachten müssen. Die Orientirung aber in den wirklich vorhandenen Daten der Aussenwelt wird durch die Hallucinationen nicht aufgehoben. Ich betone dies, weil wir die gleiche Erfahrung bei den acuten Geisteskrankheiten immer wieder machen werden: durch Sinnestäuschungen allein werden die Kranken ihrer Orientirung nicht beraubt, selbst nicht durch combinirte Sinnestäuschungen, falls nicht gleichzeitig ein Zustand erheblicher Benommenheit besteht. Dagegen kann ein hoher Grad von allopsychischer Rathlosigkeit resultiren. Eines der lehrreichsten Beispiele für diesen Satz habe ich kürzlich auf der Station zu beobachten Gelegenheit gehabt. Es handelte sich um das 26jährige, seit ihrer Entwickelungszeit an Epilepsie leidende Dienstmädchen W., welche vor etwa $1^1/_2$ Jahren im achten Monat einer Gravidität im Anschluss an gehäufte epileptische Anfälle zuerst eine kurz (nur sechs Tage) dauernde Psychose durchgemacht hat, seitdem schwachsinnig geworden ist und dann wiederholt kürzere und längere Anfälle schwerer postepileptischer Psychosen überstanden hat. Kürzlich hatte sie wieder an einem Tage vier epileptische Anfälle, erkrankte am darauf folgenden Tage an fieberhafter Angina, schlief aber den Abend und den grössten Theil der Nacht. Gegen Morgen erwachte sie plötzlich in dem Zustand, den ich dann bei der Visite nach sechsstündigem Bestehen beobachten konnte. Sie bot das affectvollste Bild der Verzweiflung: Feuer, Hölle, Mord bedrohte sie, sie sollte vom Teufel geholt, in Stücke zerrissen, gefoltert, geschlachtet, gerädert, verbrannt, ins Wasser geworfen werden. Die Welt sollte mit Feuer zerstört werden, die Stadt brenne, der Kaiser komme. Alles dies hörte sie von Stimmen, die von allen Seiten kamen, denen sie durch wüthendes Fortdrängen, durch die verzweifeltsten Selbstmord- und Selbstbeschädigungsversuche zu entgehen suchte. Ein ganzes Aufgebot von Wachpersonal war erforderlich, um sie vor Schaden zu behüten. Zugleich sah sie Köpfe, Gestalten, Fahnen, Militär an den Fenstern. Dennoch blieb sie dabei vollkommen orientirt, dem ärztlichen Zuspruch zugänglich, erkannte jede der ihr beistehenden Personen, nahm mit Gier die

1) Vgl. S. 110.

ihr gereichte Arznei. Zugleich mit den Phonemen bestand hochgradigstes Angstgefühl in der Brust. 4 gr. Amylenhydrat hatten eine sofortige beruhigende Wirkung: Patientin gab selbst an, dass das furchtbare Sprechen nachliess und damit auch das quälende Angstgefühl. Der Anfall war damit zunächst beseitigt, ohne dass Schlaf eintrat. Aehnliche Anfälle von geringerer Intensität traten jedoch in den nächsten zehn Tagen noch wiederholt auf, und erst dann kam es zu dem gewöhnlichen intervallären Verhalten. Bei dieser Kranken haben wir die Erfahrung gemacht, dass Brompräparate, selbst in grössten Dosen, gegen die psychotischen Symptome immer versagt haben.

Uebrigens werden Sie nicht umhin können, sich bei dieser Gelegenheit desjenigen Zustandes zu erinnern, den ich früher als Zerfall der Individualität bezeichnet und mit dem Sejunctionsvorgange erklärt habe. Auch hier stehen sich bei vollem Bewusstsein zwei mit einander unverträgliche Vorstellungsgruppen gegenüber, nämlich die richtige Vorstellung von Oertlichkeit und Personen und andererseits die ebenso als wirklich aufgefassten phantastischen Bedrohungen. Gegen die affectvolle Färbung der letzteren können, wie es scheint, die ersteren nicht aufkommen.

Wir werden später Zustände von allopsychischer Desorientirtheit, die von lebhaften Sinnestäuschungen begleitet sind, kennen lernen. Den Erfahrungen gegenüber, die Sie so eben kennen gelernt haben, werden wir nicht berechtigt sein, die Desorientirtheit aus den Sinnestäuschungen herzuleiten, sondern sie als selbstständige Erscheinung auffassen müssen.

Sehr lehrreich ist in dieser Beziehung, dass derselbe Patient K., der jetzt von dem zweiten Anfall seines Leidens fast hergestellt ist, zwei Jahre vorher zur Zeit seines ersten Aufenthaltes in der Klinik Monate lang einen Zustand durchgemacht hat, der in einem mässigen Grade allopsychischer Desorientirtheit bestand und von Sinnestäuschungen gänzlich frei war. Patient wunderte sich damals über Alles, was er sah und erlebte, und hielt Alles für bedeutsam, so z. B. dass ihm das Essen ein Mal in die Hand gegeben, ein anderes Mal neben das Bett gestellt, ein drittes Mal über das Bett eines Anderen hinüber gereicht wurde, dass der Stationsarzt ein Mal mit übergeschlagenen, das andere Mal mit ausgestreckten Beinen, ein Mal auf dem Bettrande, das andere Mal auf dem Stuhle zu sitzen pflegte. Als einmal ein Haufen Wäschestücke auf dem Corridor ausgezählt wurde, stand Patient voll Verwunderung und erklärte, er würde gern die Nacht durch aufbleiben, um zu sehen, was aus der aufgestapelten Wäsche werden würde. Patient wurde damals durch den übrigens von ihm selbst nicht bemerkten Zwang, über jede Kleinigkeit nachzudenken, zu jeder geordneten Thätigkeit unfähig

gemacht und sprach sich selbst darüber aus: „Er kenne sich mit alldem, was da vorgehe, nicht aus, er wisse nicht, was er thun und lassen solle.“ Da auch die Nahrungsaufnahme darunter litt, so wurde ihm ausdrücklich befohlen zu essen, und dann ging es besser.

Ausser den Zuständen allopsychischer Rathlosigkeit und allopsychischer Desorientirtheit hatten wir bei unserem Patienten auch in autopsychischer Beziehung eine Beirrung seiner Orientirung zu constatiren. Patient berichtete uns, dass er während seiner Krankheit zu der Einsicht gelangt zu sein glaubte, dass er in frühester Kindheit nicht bei den Eltern, sondern in einer Diakonissenanstalt erzogen und dann erst zu den Eltern in Pflege gegeben worden sei. Er glaubte sich ganzer Scenen aus seiner Kindheit zu erinnern, die er so deutete. Wir erfuhren auch, dass sich die Vorstellung bei ihm befestigt hatte, dass er für die Sünden Anderer zu leiden habe, und in Uebertragung dieser Idee auf Andere,[1]) dass auch seine Angehörigen und der Stationsarzt eine solche Aufgabe hätten. Auch die Vorstellung, ein Heiliger zu sein und schon vorher verschiedene Male existirt zu haben, beherrschte ihn lange Zeit. Die autopsychische Orientirung hatte somit ebenfalls gelitten, ohne dass ihm die Erinnerung an seine wirklichen persönlichen Erlebnisse abhanden gekommen war. Für die Gemüthslage, in die der Patient durch den Widerspruch dieser beiden, mit einander nicht zu vereinbarenden Reihen wirklicher und vermeintlicher Thatsachen gerieth, fand er bezeichnender Weise ebenfalls den Ausdruck: Rathlosigkeit. Wir werden sie als autopsychische qualificiren.

Dass die verschiedenen krankhaften Sensationen und Störungen des Allgemeingefühls, denen der Patient unterworfen gewesen ist, ebenfalls geeignet waren, einen Affect hervorzurufen, ist ohne Weiteres ersichtlich. Wir werden später sehen, dass gerade die heftigsten Affecte an die gefühlten Veränderungen des eigenen Körpers geknüpft sind. Der Affect wird um so bedeutender sein, je abweichender von den schon bekannten körperlichen Empfindungen die neu auftretenden Gefühle sind. So hörten wir von dem Patienten das Gefühl schildern, als ob das Gehirn weich würde, als ob es sich ausdehnte und wieder zusammenzöge, als ob Kopf und Leib hohl wäre, als ob sein Körper nach bestimmten Richtungen angezogen, als ob er in einen magnetischen Stromkreis eingeschaltet wäre. Die meisten dieser Ausdrücke waren offenbar Vergleiche, die ihm von der Verlegenheit, sich auszudrücken, an die Hand gegeben waren.

1) Vgl. S. 182.

Auf die dadurch gesetzte affectvolle Gemüthsverfassung können wir daraus schliessen, dass Patient einen Versuch, sich das Leben zu nehmen, den er damals gemacht hat, gerade mit derartigen Gefühlen motivirt. Die somatopsychische Rathlosigkeit hatte sich offenbar zur Verzweiflung gesteigert. Wie wir erfahren, hatte Patient beim ersten Ausbruch seiner Krankheit auch lebhafte Angstgefühle gehabt. Die Angst localisirte er in die Herzgegend und unterschied sie ebenso genau vom dem Gefühl des Herzkrampfes und des Herzstillstandes, wie er den Kopfschmerz von andern abnormen Empfindungen im Kopfe auseinander hielt. Diese localisirte Angst, auf welche wir noch häufig treffen werden, können wir vielleicht als eine Theilerscheinung der somatopsychischen Rathlosigkeit auffassen.

Meine Herren! Wir werden nicht fehl gehen, wenn wir eine Reihe von auffälligen Handlungen, die wir während der schweren Krankheit des Patienten beobachtet haben, als Ausfluss dieser herrschenden Gemüthslage der Rathlosigkeit betrachten und unter diesem Gesichtspunkt zu verstehen suchen wollen. So hat er gelegentlich aus einem Spucknapf getrunken, auch seinen Stuhlgang in das Spuckglas entleert, in die Stube, ein ander Mal in ein Essgeschirr Urin gelassen, die Kleider verkehrt angezogen, sich im Garten auf den nassen Erdboden gelegt u. dergl. mehr. Jetzt hören wir von dem Patienten zum Theil beschönigende Erklärungen dafür. Er vermuthet, dass er wohl plötzlich müde geworden sei, giebt an, durch plötzlichen Stuhl- oder Urindrang überrascht worden zu sein, verhält sich gegen Anderes ungläubig. Manches hat er auch vergessen, wie wir ihm ohne Weiteres glauben können. Nach Analogie anderer Kranken werden wir aber nicht zweifeln können, dass wir es hier mit Handlungen der Rathlosigkeit zu thun haben.

Meine Herren! Eine Reihe anderer auffälliger Bewegungsäusserungen des Patienten sind unter einem ganz anderen Gesichtspunkt zu beurtheilen. So hat Patient zeitweilig anscheinend Turnbewegungen in seinem Bett gemacht, einige Tage lang einzelne sinnlose Sylben vor sich hin gesungen und sie mit Tactbewegungen der Arme begleitet. Dabei hat er schon damals Aeusserungen gemacht, aus denen hervorging, dass er sich keineswegs in der entsprechenden lustigen Stimmung befand. Auch jetzt giebt Patient die gleiche Auskunft. Er hätte gesungen, obwohl ihm gar nicht darnach zu Muthe gewesen wäre, und wüsste sich dies noch jetzt nicht zu erklären. Auf Befragen erfahren wir aber, dass ebenso das Singen wie die Tactbewegungen der Arme die Begleitung von Stimmen darstellen sollten, ohne dass Patient meint, einem directen Zwange

dabei unterlegen zu sein. In derselben Weise erklärt er den Umstand, dass er sich einmal kurz vor Aufnahme in die Klinik zur Erde geworfen und rhythmisch aus Leibeskräften gebrüllt hatte. Auch dies sei ausschliesslich eine Reaction auf Stimmen gewesen, die ihm „Blut geboten“ hätten. Den Terminus technicus „Blut bieten“, der ihm bei dieser Gelegenheit entschlüpft, erklärt Patient durch die häufige Wiederholung des Wortes Blut seitens der Stimmen. Wir werden späterhin auf die Erscheinung, dass irgend welche Bewegungen bei vollem Bewusstsein von den Kranken gemacht, aber nicht gewollt werden, das Analogon der autochthonen Ideen nur mit dem Unterschiede, dass es sich dabei um motorische oder Zielvorstellungen handelt, noch so oft stossen, dass es schon jetzt gerathen ist, für diese eigenthümliche Erscheinungen auch einen Namen anzuwenden. Ich pflege sie als pseudospontane Bewegungen zu bezeichnen. Gewöhnlich knüpfen sich Erklärungswahnvorstellungen daran. Wenn unser Patient uns einfach die Thatsache berichtet, ohne einen Erklärungswahn daran anzuschliessen, so liegt dies wohl nur daran, dass Patient zu gleicher Zeit durch die gehörten Stimmen zu sehr abgelenkt war. Weniger präcis als hinsichtlich der pseudospontanen Bewegungen ist die Auskunft des Patienten über gewisse motorische Ausfallserscheinungen, die lange Zeit an ihm beobachtet worden sind. So hat Patient wochenlang von selbst gar nicht (initiativer Mutacismus) und auf Befragen nur ganz selten (reactiver Mutacismus) gesprochen. Dabei liess sein übriges Verhalten nicht darauf schliessen, dass dies in bewusster Ablehnung geschah, oft sah man den Patienten auch Ansätze zum Sprechen machen und die Lippen bewegen, ohne dass er trotz sichtlicher Bemühung einen Laut hervorbrachte. Jetzt giebt Patient nur so viel als sicher zu, dass es keine eigentliche Lähmung der Musculatur gewesen sei, die ihn am Sprechen verhindert habe, im Uebrigen weiss er nur, dass ihm das Sprechen schwer fiel, ohne einen anderen Grund dafür angeben zu können; er bestreitet auch ausdrücklich, dass ihm das Sprechen von den Stimmen verboten worden sei. Wir hören hier sowohl hyper(para-)kinetische als akinetische Zustände (Identificationsstörungen) in circumscripten Gebieten der Musculatur von dem Kranken selbst schildern, er ist dazu im Stande, weil er sich ihrer noch genau erinnert. Die Gemüthsverfassung, in welcher er sich bei diesen für ihn befremdlichen und unbegreiflichen Erscheinungen befand, vermag er dagegen nicht mehr genauer zu schildern, er hat nur ganz allgemeine Ausdrücke der Verwunderung dafür. Da er jedoch diese Erscheinungen an seinem eigenen Körper bei vollem

Bewusstsein wahrgenommen hat — was nicht immer der Fall ist, weil derartige Zustände häufig von Trübungen des Sensoriums begleitet sind —, so können wir auch einen entsprechenden Affect dadurch bedingt vermuthen, den wir als motorische Rathlosigkeit bezeichnen wollen. Wir gewinnen damit einen Ausdruck für einen sehr complicirten Gemüthszustand, der ebensowohl das autopsychische als das somatopsychische Gebiet betrifft, das erstere insofern, als die mit vollem Bewusstsein ausgeführten Bewegungen ein Ausfluss der Persönlichkeit oder Individualität zu sein pflegen, das zweite deshalb, weil die ohne Willen erfolgenden Bewegungen als Veränderungen des Körpers (in Bezug auf seine Lage im Raum) empfunden werden müssen. Die motorische Rathlosigkeit wird im Allgemeinen mit Nothwendigkeit zur Bildung von Erklärungswahnideen führen. Wollten wir ausschliesslich den Angaben des Kranken glauben, so hätte es hier an solchen ganz gefehlt. Dem gegenüber muss ich mich aber auf andere zahlreiche Erfahrungen berufen, die es nicht als zufällig erscheinen lassen, dass der Kranke uns vorhin bei Besprechung seiner autopsychischen Desorientirung Andeutungen gemacht hat, die wir jetzt in einen Zusammenhang mit den berichteten motorischen Identificationsstörungen bringen können. Er hat davon gesprochen, dass er für Andere zu leiden geglaubt habe. Diese bei Geisteskranken häufig vorkommende „Erlöseridee", wie wir sie nennen wollen, knüpft sich ganz gewöhnlich als Erklärungswahn an motorische Symptome, wie sie oben geschildert worden sind, an, indem die akinetischen Symptome als ein von Gott auferlegtes Leiden, die hyperkinetischen in dem Sinne, dass der Kranke ein Werkzeug Gottes sei, gedeutet werden.

Meine Herren! Der Affect der Rathlosigkeit ist, wie Sie aus den bisherigen Ausführungen entnommen haben werden, eine Art von Reactiverscheinung auf die durch die berichteten Störungen der secundären Identification gesetzten Beirrungen in der Orientirung, er ist also von der Desorientirtheit nicht streng abzutrennen und mannigfach mit ihr verbunden, kann aber, wie Sie gesehen haben, selbst dann auftreten, wenn eine gewisse Orientirung noch besteht und auf diese Weise der Gegensatz von Wirklichkeit und Krankheitserscheinungen auf den Kranken einwirkt. Er ist ausschliesslich bei den acuten Psychosen anzutreffen, bei den durchaus chronisch verlaufenden Psychosen wird man ihn vergeblich suchen. Dagegen tritt er in den häufig vorkommenden acuten Exacerbationen der chronischen Psychosen wieder auf und verleiht ihnen gerade das Gepräge acuter Krankheiten. Wo es sich um eine sehr verbreitete

Desorientirung handelt, kann eben deshalb der Affect fehlen und um so reiner das Bild der Desorientirtheit, sei es auf allopsychischem, autopsychischem oder somatopsychischem Gebiete, uns entgegentreten.

Andererseits kann, wie leicht zu verstehen, der Affect auch deshalb ausbleiben, weil die Fähigkeit der kräftigen Reaction auf die acuten Störungen der Identification ganz allgemein herabgesetzt ist, d. h. in Defectzuständen, wie bei der progressiven Paralyse, der Presbyophrenie und der Hebephrenie. Hier ist das Fehlen der Rathlosigkeit oft ebenso charakteristisch wie in den anderen Fällen ihr Vorhandensein. Bei dieser Gelegenheit erwähne ich eines Symptoms, welches häufig mit Rathlosigkeit verbunden, doch von ihr durchaus zu unterscheiden und wesentlich eine Folge autopsychischer Desorientirung ist, wir wollen es als Transitivismus bezeichnen. Es beruht darauf, dass die Kranken, denen jedes psychische Krankheitsgefühl abgeht, in ihrem ganzen Denken und Fühlen so verändert sind, dass die Voraussetzung identischer Gedankengänge, welche uns zur richtigen Auffassung des Verhaltens und Benehmens anderer Menschen befähigen, für sie nicht mehr zutrifft. Vorzugsweise sind es die eigenen Angehörigen, deren Verhalten den Kranken sonderbar, befremdlich und unverständlich vorkommt, so dass sie auf die Vermuthung kommen, sie müssten wohl geisteskrank sein. Am reinsten tritt dieses Symptom in gewissen acuten Krankheitsfällen auf, denen ein längeres Vorbereitungsstadium von nicht eigentlich psychotischen Symptomen vorangegangen ist. Es gipfelt in dem Vorkommniss, das mir schon einige Male begegnet ist, dass der Kranke seine Angehörigen in die Sprechstunde begleitet, um sie als die vermeintlich Geisteskranken dem Arzte zuzuführen. Ein näheres Krankenexamen hat mir in diesen Fällen immer ergeben, dass Zeiten heftiger mit Desorientirung verknüpfter Affecte vorangegangen waren.

Meine Herren! Mit den vorstehenden Bemerkungen ist natürlich keine vollständige Schilderung der Affectlage der acuten Psychosen gegeben, noch weniger soll damit gesagt sein, dass jede acute Psychose ohne Ausnahme von den gleichen Affecten begleitet ist. Sie haben aber wenigstens das Material an die Hand bekommen, welches unerlässlich ist, um auf die Lehre von den Illusionen und von der Gesetzmässigkeit des Inhaltes der Phoneme einzugehen. Dabei stellt es sich als nothwendig heraus, noch einmal auf den Begriff der überwerthigen Idee zurückzukommen.

Zweiundzwanzigste Vorlesung.

Weiteres über überwerthige Vorstellungen. Lehre von den Illusionen. Gesetzmässiger Inhalt derselben. Gesetzmässiger Inhalt der Sinnestäuschungen überhaupt.

Wir hatten früher als Grundlage der überwerthigen Idee die häufige Wiederholung, eventuell auch absichtliche Einübung bestimmter Gedankengänge betrachtet, ein Vorgang, dem man bei der Erziehung eines Individuums den allergrössten Einfluss zuerkennen muss, für den man neuerdings den treffenden Ausdruck Bahnung angewendet hat. Diese Vorstellung bedarf einer Vertiefung insofern, als die Bahnung im Allgemeinen mit einer affectvollen Färbung der Vorstellung Hand in Hand gehen wird. So ist die berufliche Thätigkeit ganz besonders geeignet, eine Ueberwerthigkeit gewisser Vorstellungen zu erzeugen, zu gleicher Zeit aber spricht sich deren Affectfärbung darin aus, dass normaler Weise auch das überwiegende Interesse des Menschen seiner beruflichen Thätigkeit zugewendet ist. Wir beobachten nun die merkwürdige Thatsache, dass die Empfänglichkeit für gewisse, ganz bestimmte Sinneswahrnehmungen dadurch in bemerkenswerther Weise gesteigert wird. Um nächstliegende Beispiele zu wählen, so wird dem erfahrenen Irrenarzt bei seinem Rundgange durch die Anstalt jede Unordnung und Vernachlässigung des Krankendienstes sofort auffallen, seine Aufmerksamkeit und sein Interesse ist dem betreffenden Vorgange zugewandt, ohne dass es dazu einer bewussten Anstrengung bedarf; was wir Umsicht bei jeder beruflichen Thätigkeit nennen, hat gerade diese Grundlage. Ebenso unwillkürlich achtet der bildende Künstler auf die Gestalt, mustert der Schneider den Anzug, der Schuster die Stiefeln und beachten unverheirathete Mädchen den Ring am Finger der Männer. Die gesteigerte Erregbarkeit für gewisse Sinnesreize zeigt sich hier abhängig von der gesteigerten Werthigkeit gewisser compli-

cirter psychischer Vorgänge. Wenn unter Umständen einem Vorgange von solcher Alltäglichkeit wie z. B., dass der Apfel vom Baum fällt, die Aufmerksamkeit eines Newton zugewendet wird, so ist dieses ebenfalls kein Zufall, sondern beruht auf dem gesteigerten Interesse, das dem bisher gleichgültigen Vorgange infolge gewisser, zur Zeit gerade herrschender Vorstellungen zu Theil wird. Aehnlich wird es sich mit allen Erfindungen und Entdeckungen verhalten, insofern sie an alltägliche Beobachtungen anknüpfen. Wie partiell diese Erleichterung der Aufnahme gewisser Sinneseindrücke durch Vorherrschen bestimmter Vorstellungen und Affectfärbung derselben sein kann, zeigt das Beispiel der Mutter, welche im tiefen Schlaf jeden andern Lärm überhört, bei dem leisesten Laute des Kindes aber sofort erwacht. Wir wollen diesen Vorgang partielle intrapsychische Hypermetamorphose nennen. Eine solche affectvolle Färbung und dadurch bedingte Ueberwerthigkeit der Vorstellungen können wir nun auch als die allgemeinste Grundlage der Illusion betrachten.

Die Lehre von den Illusionen stützt sich grossen Theils auf die Erfahrungen im Bereiche des Gesichtssinnes, und am bekanntesten ist hier das Beispiel der Deutung ungenauer und verschwommener Gesichtseindrücke in ängstlichem, phantastischem Sinne, z. B. des entfernten Baumstumpfes als Räuber, der flatternden Wäsche als Gespenst u. dergl. mehr. Offenbar sind es Urtheilsdelirien, um die es sich hier handelt, d. h. Trübungen des Urtheils durch Affecte, wie die der Furcht oder Angst. Wir unterscheiden zunächst zweckmässig die beiden Fälle einer deutlichen und einer undeutlichen Sinneswahrnehmung. Die Trübung des Urtheils im letzteren Falle kann sich so verhalten, wie in den angeführten Beispielen von Gesichts-Illusion, und dann wird man den Affect als Ursache der Illusion betrachten können. Es fragt sich aber, durch welchen Vorgang hat der Affect diesen Einfluss? Wie wir gesehen haben, müssen wir dem Affect die Eigenschaft zuschreiben, die normale Werthigkeit der Vorstellungen derart zu verändern, dass gewisse Vorstellungen überwerthig, andere im Vergleich dazu unterwerthig werden. Die überwerthigen Vorstellungen hinwiederum haben die Eigenschaft, leichter, die unterwerthigen hingegen, schwerer von der Peripherie aus erregt zu werden, als es der Norm entspricht. Die Ueberwerthigkeit der affectvollen Vorstellungen Räuber und Gespenst bewirkt also in unserm Beispiele die krankhafte Erleichterung der secundären Identification, die Unterwerthigkeit der Erinnerungsbilder auf anderen Sinnesgebieten oder auch auf dem gleichen Sinnesgebiete die Erschwerung der Correctur.

Der Affect kann nun auch anderer Natur sein, oder es können überhaupt irgend welche Associationsvorgänge individueller Art eine Ueberwerthigkeit von Vorstellungen bedingen, die genau den gleichen Effect hat. Mir ist das Beispiel eines jungen Ehemannes bekannt, der auf einer Geschäftsreise in einer fremden Stadt die Bekanntschaft einer leichtlebigen Dame machte und mit ihr ein Vergnügungslocal aufsuchte. Dort fiel ihm ein, dass seine Frau am Orte Verwandte hätte und dass sie durch ein Zusammentreffen zwar unwahrscheinlicher, aber doch möglicher Umstände plötzlich veranlasst worden sein könnte, diese zu besuchen, so dass sie sich wohl an demselben Orte und sogar in demselben Locale aufhalten könnte. Er musterte die anwesende Gesellschaft und war bald so fest überzeugt, in einer etwas entfernt sitzenden Dame seine Frau zu erkennen, dass er es nicht wagte, sich durch grössere Annäherung an sie von der Wahrheit seiner Vermuthung zu überzeugen, sondern vorzog, den Ort zu verlassen. Ich kenne kaum ein anderes Beispiel, welches so prägnant den bahnenden Einfluss individueller, affectvoll gefärbter und dadurch überwerthiger Vorstellungen für die secundäre Identification beim normalen Menschen illustriren könnte. Denken wir uns den Affect nur um ein Geringes gesteigert und die Besonnenheit dadurch getrübt, eine Affectlage, die wir bei vielen frisch Erkrankten und gegen ihren Willen in die Klinik Verbrachten ohne Weiteres annehmen können, so werden uns eine Reihe von Illusionen, die wir häufig unter diesen Bedingungen antreffen, sofort verständlich. Nahe liegende überwerthige Vorstellungen sind hier die Trennung von den Angehörigen und der zur Verbringung der Kranken ausgeübte Zwang. Es ist dann nicht zu verwundern, wenn in entfernter liegenden und nicht genau gesehenen Personen Angehörige, in dem Arzt der Staatsanwalt, in der Klinik ein Gefängniss vorzufinden geglaubt wird. Derartige Illusionen sind bei vielen acuten Geisteskrankheiten häufig anzutreffen. Sie zeichnen sich im Allgemeinen durch ihre Vergänglichkeit und leichte Corrigirbarkeit aus. In sehr schweren Fällen kann hierzu noch eine gewisse Benommenheit, ein offenbarer Mangel an Aufmerksamkeit treten, so dass die Bedingung einer ungenauen Sinneswahrnehmung durch den fehlerhaften Zustand des Sensoriums ersetzt wird. Dann kommt es, solange diese Bedingung vorhält, zu zahlreichen derartigen Illusionen, welche aber alle das Gemeinsame haben, dass sie je nach dem gewöhnlich raschen Wechsel der überwerthigen Vorstellungen ihren Inhalt wechseln. Delirante Zustände der verschiedensten Entstehungsweise bieten dafür geläufige Beispiele. Es ist kein Zufall, dass der Alcoholdelirant unter

Kameraden oder in der Kneipe oder in seiner täglichen Beschäftigung zu sein glaubt, in dem Arzte seinen Fuhrherrn oder seinen Kneipgenossen zu erkennen meint: diese Illusionen entsprechen seinen überwerthigen Vorstellungen. Ein guter Patriot hält wohl auch unter diesen Umständen den Oberwärter für den Kaiser, und wenn das Delirium ängstlich gefärbt ist, wird Scharfrichter und Staatsanwalt illusionirt. Die Ungenauigkeit der Wahrnehmungen, welche begünstigend für das Zustandekommen der Illusion sein muss, wird hier so lange als vorhanden angenommen werden können, als der Kranke sich selbst überlassen und offenbar in einem sogenannten Dämmerzustande ist. Die gleiche Vorbedingung wird zu entsprechenden Illusionen in Zuständen von hysterischen oder epileptischen, in den sogenannten Erschöpfungsdelirien u. dergl. mehr, führen.

Schwerer verständlich ist das Zustandekommen der Illusion bei anscheinend voller Besonnenheit, attentem Verhalten und nachweislich hinreichend deutlicher Sinneswahrnehmung. Aber auch in diesem Falle wird der Inhalt der Illusion meist durch bestimmte affectvoll gefärbte Vorstellungen bedingt. Gewöhnlich lässt sich dann irgend ein richtiges Kennzeichen ermitteln, welches der Kranke für seine falsche Identification verwerthet hat. So kommt es häufig vor, dass ein Geisteskranker den Arzt oder Wärter oder einen bestimmten andern Kranken deshalb für einen nahen Angehörigen hält, weil er irgend eine wirklich vorhandene Aehnlichkeit an ihm entdeckt, z. B. in dem Gesichtsausdruck, der Gestalt, der Art sich zu bewegen oder dem Klange der Stimme. Diese Personenverwechselung scheint stabil zu sein und ist der Correctur schwer zugänglich. In einem von Kahlbaum citirten Falle stabiler Personenverwechselung, auf derselben Grundlage, wie ich vermuthe, wurde die Illusion so festgehalten, dass der Kranke die ihm vorgeführten wirklichen Angehörigen nicht anerkannte und für Betrüger erklärte, eine Erfahrung übrigens, die bei Geisteskranken nach längerem Anstaltsaufenthalt nicht so selten ist. Es ist gewiss kein Zufall, sondern die vielleicht durch den Anstaltsaufenthalt genährte Sehnsucht nach den Angehörigen, die hier die Verkennung bedingt. Offenbar besteht der krankhafte Vorgang dabei darin, dass der Begriff des Angehörigen, etwa des Bruders, so überwerthig ist, dass schon die partielle Identification etwa des wirklich ähnlichen Stimmklanges denselben Effect hat, wie die unvollständige und ungenaue in den vorher erwähnten Fällen herabgesetzten Sensoriums. Normaler Weise würde die Verschiedenheit der Gestalt, der Grösse, des Gesichtsschnittes und des Gesichtsausdruckes die Identification verhindern.

Liegt hier nicht, werden Sie mich fragen, ein Defect, eine Reproductionsschwäche in denjenigen, zu dem Begriff des Bruders gehörenden Theilvorstellungen vor, die sich auf die Gestalt, Grösse, den Gesichtsschnitt und Gesichtsausdruck beziehen? Eine Schwäche der Rindenleistung in Meynert's, der Kritik in Neumannschem Sinne? Nun, meine Herren, diese Annahme wird vollkommen überflüssig, wenn Sie sich der oben berichteten Eigenschaften überwerthiger Vorstellungen erinnern. Genügt doch, wie wir im Falle der Hallucination gesehen haben, die krankhafte Ueberwerthigkeit der Vorstellungen für sich allein, um einen Identificationsvorgang hervorzurufen, um wie viel mehr muss dies der Fall sein, wenn eine thatsächlich stattfindende, wenn auch nur partielle primäre Identification diesem inneren Vorgange zu Hilfe kommt! Darin zeigt sich nur die innere Festigkeit im Gefüge des einmal erworbenen, jetzt überwerthig gewordenen Begriffes: Bruder. Dabei soll nicht in Abrede gestellt werden, dass unter Umständen auch diese Reproductionsschwäche, ja dass sogar eine Verarmung des concreten Begriffes um gewisse Theilvorstellungen bei einem Geisteskranken vorhanden sein kann, wie z. B. bei Paralytikern und Altersblödsinnigen, welche Stroh der gelben Farbe halber für Gold, Glasscherben nach Härte und Durchsichtigkeit für Edelsteine erklären können. Aber dann muss diese Verarmung des Begriffes auch anderwärts nachweisbar sein, und dies ist bei den vorher besprochenen acuten Geisteskranken keineswegs der Fall. Meine Herren! Sie sehen, dass bei der Auffassung der Illusion, zu welcher wir jetzt gelangt sind, der Unterschied zwischen deutlicher und undeutlicher Sinneswahrnehmung, welcher uns zuerst so wichtig und für das Verständniss wesentlich erschien, seine Bedeutung verliert, ebenso wie auch der principielle Unterschied von Illusion und Hallucination verloren geht. Die Illusion erscheint uns jetzt als Hallucination, deren Zustandekommen durch zufällig vorhandene äussere Bedingungen erleichtert wird, eine Auffassung, zu der einsichtige ältere Autoren, wie Kahlbaum, schon längst gekommen sind. Freilich werden wir diesen Satz nur für die Illusionen der Geisteskranken gelten lassen und aus descriptiven, praktischen Zwecken die Unterscheidung zwischen Illusion und Hallucination bei den Kranken unserer Klinik streng festhalten. Dieselbe Ueberlegung wird uns auch bestimmen, den früher erwähnten Hallucinationen nachweislich peripherer, d. h. im Sinnesorgan gelegener Entstehung, den Phenacismen Kahlbaum's, theoretisch keine andere Stellung einzuräumen, als den Hallucinationen aus rein centraler Ursache.

Solche Phenacismen spielen besonders im Gebiete des Geschmacks und Geruchs eine grosse Rolle, indem der üble Geschmack durch Mundkatarrh, der üble Geruch in Folge von Nasenkatarrh als Gift missdeutet wird. Auch hier ist, wie wir später sehen werden, eine überwerthige allopsychische Angstvorstellung die Hauptsache.

Meine Herren! Aus den besprochenen Verhältnissen wird uns einigermaassen verständlich, weshalb in der Häufigkeit der Hallucinationen das oben hervorgehobene gesetzmässige Verhältniss herrscht, wonach die Phoneme bei weitem überwiegen und oft ausschliesslich bestehen. Dies gilt namentlich für viele chronische Geisteskrankheiten. Bei den acuten ist oft auch das Verhalten zu beobachten, dass zunächst nur Phoneme auftreten und das Hinzutreten von Hallucinationen anderer Sinne einer auch sonst kenntlichen Steigerung der Symptome zu einer gewissen Krankheitshöhe entspricht. Es ist leicht zu verstehen, dass bei der innigen Verbindung zwischen Vorstellungsthätigkeit und sensorischem Sprachfelde ein höherer Grad von Irradiation des Reizes erforderlich ist, um auf die Projectionsfelder der anderen Sinne auszustrahlen, als der ist, welcher schon Wortklänge zum HallucinIren bringt. Ich weiss zwar, dass die Anschauung verbreitet ist, namentlich durch die Arbeiten Charcot's und seiner Schüler, dass sich der Denkvorgang in einer individuell verschiedenen Weise abspielt, die weit über das von mir zugegebene Maass individueller Verschiedenheiten hinausgeht, so dass angeblich von manchen Menschen nur oder überwiegend in optischen, von anderen in akustischen, von wieder anderen in motorischen Wortbildern gedacht wird. Ohne derartige Vorkommnisse zu bestreiten, halte ich sie aber für ganz seltene Ausnahmsfälle und deshalb auch nicht für erlaubt, Anwendungen davon auf die Lehre von den Hallucinationen zu machen. Dass nächst häufig nach den Phonemen Geschmacks- und Geruchshallucinationen beobachtet werden, wenigstens bei den ganz acuten Geisteskrankheiten, erklärt sich wieder daraus, dass es sich hier meist um Phenacismen handelt und diese natürlich leichter zu Stande kommen müssen, als die eigentlichen Hallucinationen.

Meine Herren! Jetzt erst, nachdem ich Ihnen eine bestimmte Theorie von den Sinnestäuschungen der Geisteskrankheiten entwickelt habe, bin ich in der Lage, an der Hand einiger Beispiele auf ihren, wie ich wiederholt hervorgehoben habe, gesetzmässigen Inhalt kurz einzugehen. Das Gesetz, um das es sich hier handelt, lautet dahin, dass der Inhalt der Sinnestäuschungen durch die jeweils herrschende Affectlage bestimmt wird. Die affectvollen und somit überwerthigen

Vorstellungen sind die jeweils erregbarsten, und zwar nicht nur für die von den Sinnesorganen zugeleiteten, der Aussenwelt entstammenden Reize, wie wir vorher gesehen haben, sondern auch für die centralen, an den Sejunctionsvorgang geknüpften, krankhaften Reize. Um an Bekanntes[1]) anzuknüpfen, erinnere ich Sie an das Vorkommen eines hypochondrischen Glücksgefühls. Dem entsprechend treten in solchen Fällen überwerthige Vorstellungen auf, die dem Glücksgefühl Ausdruck geben, und die entsprechenden Phoneme haben den Inhalt von Grössenwahnideen. Eine krankhafte Euphorie werden wir später bei der Manie kennen lernen. Kommt es hier zu Hallucinationen, so sind es ebenfalls hallucinirte Grössenwahnvorstellungen. Umgekehrt wie bei der Manie herrscht bei der Melancholie der Affect eines tiefen Unglücksgefühls. Dem entsprechend ist der Inhalt der Phoneme, wenn es zu solchen kommt, meist der des Kleinheitswahns. Die hier häufigeren Visionen sind in Bilder gefasste Unglücksvorstellungen. Wiederholt ist schon bei den paranoischen Zuständen der Angstpsychosen Erwähnung gethan. Der Angstaffect führt ganz gesetzmässig zu bestimmten Angstvorstellungen, die ich als autopsychische, allopsychische und somatopsychische unterscheide. Von diesen sind die autopsychischen zum Theil mit dem Kleinheitswahn der Melancholiker identisch, es sind also Selbstbeschuldigungen oder, in Phoneme gefasst, Anschuldigungen und beschimpfende Worte. Die allopsychischen Angstvorstellungen haben den Inhalt der Bedrohung und Beeinträchtigung. Dem entsprechend hören die Kranken, dass sie umgebracht, gefoltert, gebraten, wilden Thieren vorgeworfen, in den Schnee oder nackt durch die Strassen gejagt werden sollen, u. dergl. mehr. Auf somatopsychischer Angstvorstellung beruht es, wenn eine Kranke ihr Globusgefühl durch eine Stimme als Kehlkopfkrebs, einen Hustenreiz als sicheres Zeichen der Schwindsucht, kühle Extremitäten als Absterben deuten hört.

Meine Herren! Der verbreitetste und allgemeinste Affectzustand, auf den Sie bei frisch Erkrankten stossen werden, ist der der Rathlosigkeit, hervorgerufen durch einen gewissen mässigen Grad der Desorientirung. Dem entspricht der häufigste Inhalt der Phoneme. Die Aeusserungen der Kranken sind dafür in hohem Maasse charakteristisch: Wo bin ich denn — was soll ich denn — was ist denn mit mir — ich weiss doch gar nicht u. dergl. abgebrochene Ausrufe hört man immer und immer wieder. Wenn die Kranken ehrenrührige Bezeichnungen und Schimpfworte, Vorwürfe über an-

---

1) Vgl. S. 174.

geblich begangene Uebelthaten, Hinweise auf Erlebnisse, die nie vorgefallen sind, hören, so ist dies ein Ausfluss autopsychischer Rathlosigkeit. Oft ist es nur möglich, auf einen derartigen Inhalt der Phoneme aus den Aeusserungen der Kranken zurückzuschliessen, aber allerdings mit voller Sicherheit, denn die Aeusserungen selbst gestatten keine andere Deutung. Ich führe z. B. folgende an: Ich bin doch kein Dieb, ich habe doch Niemanden vergiftet, ich habe doch keine Kinder umgebracht u. dergl. mehr. Wenn von den Stimmen die Identität der Kranken bestritten wird, was sie zu Aeusserungen veranlasst, wie z. B.: Ich heisse doch so und so, ich bin doch keine Prinzessin, bin doch nicht verheirathet, habe doch keine Kinder, so sind dies offenbar Reactionen auf den Affect autopsychischer Rathlosigkeit. Die allopsychische Rathlosigkeit kommt in Phonemen zum Ausdruck, die sich auf die Bedeutung des Ortes und der Umgebung beziehen. Die Kranken hören, dass sie in einer Strafanstalt, im Himmel, in einem verzauberten Schlosse, auf einem Schiffe u. dergl. mehr seien, dass die Mitkranken verkleidet seien und dem anderen Geschlecht angehörten, oder verkleidete Polizisten seien, dass das Bett kein natürliches Bett sei, dass die Badewanne ein Folterinstrument sei, dass das Essen ekelhafte Bestandtheile oder Menschenfleisch enthalte u. s. w. Aus somatopsychischer Rathlosigkeit hervorgegangen sind Phoneme, wie die folgenden: dass der Darm zugewachsen, der Körper voll Koth oder in eine feste Masse verwandelt sei, dass das Herz still stehe, das Blut nicht mehr fliesse, dass die Kranken gelähmt oder todt seien, dass der Kopf vom Körper abgetrennt oder in einen Affenschädel verwandelt sei, dass die Arme ausgerissen oder mehrfach so lang wie früher oder statt zwei fünf Arme vorhanden seien u. dergl. mehr. Auch die motorische Rathlosigkeit kleidet sich ungemein häufig in Phoneme. Am deutlichsten tritt dies hervor, wenn die Kranken ganz entgegengesetzte Befehle hören, z. B. iss und iss nicht. Auch die Aufforderung, eine bestimmte Haltung anzunehmen, oder die Zunge weit vorgestreckt zu halten, auf allen Vieren zu laufen wie ein Thier, sind hallucinirte Aeusserungen der motorischen Rathlosigkeit, und ebenso, wenn die Kranken hören, dass sie nicht schlingen, nicht sprechen, die Hand nicht rühren können. Endlich wird man einen grossen Theil der sogenannten impulsiven, aber in Wirklichkeit durch Phoneme veranlassten Handlungen in derselben Weise zu erklären haben. Die Kranken hören die Aufforderung, sich zu befreien, die Fenster einzuschlagen, ins Wasser zu gehen, sich zu erhängen, sich auf den Kopf zu stürzen, sich die Zunge auszureissen, die Geschlechtstheile abzureissen, die Augen auszubohren.

Meine Herren! Ich beschränke mich auf diese Beispiele, welche, glaube ich, hinreichend beweisend sind, um die Abhängigkeit des Inhaltes der Phoneme von den bei acuten Geisteskrankheiten am häufigsten anzutreffenden Affecten darzuthun. Ich hätte nur noch hinzuzufügen, dass in gewissem Sinne auch der Beziehungswahn auf einem Affectzustande beruht, ich verweise in dieser Hinsicht auf meine Bemerkungen in der 13. Vorlesung. Wenn diese sich hauptsächlich auf den Beziehungswahn in den paranoischen Zuständen erstreckten, so ist ohne Weiteres verständlich, dass bei den acuten Psychosen der Beziehungswahn in noch viel affectvollerer Färbung auftritt. Besonders ist es die Befriedigung der natürlichen Bedürfnisse der Nahrungsaufnahme, der Stuhl- und Urinentleerung, welche bei den acuten Psychosen das Auftreten von Phonemen mit dem Inhalt des Beziehungswahnes veranlassen, und zwar besonders häufig von desorientireuden Phonemen, die sich in den Stimmklang der nächst betheiligten Personen, also des Wartepersonals oder der Aerzte, kleiden. Sticheleien und tadelnde Bemerkungen sind naturgemäss überwiegend, wie z. B.: „Nun isst er schon wieder," oder: „Essen kann er wohl, aber arbeiten nicht."

Es ist sehr wahrscheinlich, dass nicht nur die Phoneme, sondern alle Hallucinationen die gesetzmässige Abhängigkeit von dem herrschenden Affect zeigen, die wir bei den Phonemen kennen gelernt haben. Jedoch bedarf das Erfahrungsmaterial darüber noch sehr der Vervollständigung. Am bekanntesten ist es von den Visionen, dass ihr Inhalt sich nach der herrschenden Affectlage richtet, und zwar trifft das besonders für die Melancholie und die Angstpsychosen zu. Entsprechend dem herrschenden Unglücksgefühl werden Leichen, Särge, unheimliche schwarze Gestalten, Leichenbegängnisse oder in mehr phantastisch gefärbten Fällen der Untergang der Angehörigen durch zusammenstürzende Häuser, durch Ueberschwemmung, Brand, Eisenbahnunfall u. dergl. mehr hallucinirt, allerdings meist in mehr schattenhafter Form unter Wahrung des Standpunktes, dass es sich um Bilder handele. Dass die Visionen der Ekstatischen, ihrem religiösen Glücksgefühl entsprechend, sich auf den Himmel beziehen, und dass es sich hier oft um mehr als Visionen, nämlich um traumhafte Hallucinationen, handelt, ist nach allem Gesagten leicht zu begreifen.

Dreiundzwanzigste Vorlesung.

Vorstellung eines Falles von Angstpsychose. Krankheitsbild, Verlauf, Diagnose, Prognose, Behandlung. Abgrenzung gegen das Gebiet der Angstneurosen. Ein Beispiel hypochondrischer Angstpsychose.

Der Patient Sch., den Sie vor sich sehen, ist nur mit Widerstreben zum Hörsaal gekommen. Er sieht sich hier ängstlich um, tritt zögernd näher, begrüsst mich aber dann als Bekannten. Sie sehen in ihm einen 55jährigen, grossen, kräftig gebauten Mann von reducirtem Ernährungszustand, etwas cyanotischer Färbung des Gesichts und der Hände, kühlen Extremitäten, ängstlich in Haltung und Gesichtsausdruck. Ein leises Stöhnen kehrt in rhythmischer Wiederholung immer wieder und unterbricht auch hin und wieder seine Rede, während er ein grosses Bedürfniss sich mitzutheilen äussert. Er sieht es auch ungern, wenn ich ihn unterbreche, um Ihnen Erläuterungen zu geben. Meine Fragen nach Alter, Familienverhältnissen, Heimathsort, Beruf beantwortet er richtig, aber Sie bemerken, dass es ihm durch seinen Affect erschwert wird, sich zu concentriren, dass er Pausen macht, in denen er wie abwesend vor sich hinblickt, und dass deshalb die Antwort auf einfache Fragen, die sonst prompt erfolgt, manchmal längere Zeit in Anspruch nimmt. Patient deutet auch selbst wiederholt an, dass es ihm schwer wird, sich zu sammeln. Der Eindruck, den wir dabei von dem den Kranken beherrschenden Affect gewinnen, ist der der Fassungslosigkeit, der Angst und Rathlosigkeit. Dass derartige Affectzustände einen geordneten Gedankengang erschweren, ist längst bekannt und auch Ihnen wiederholt demonstrirt worden. Auf Befragen erfahren wir, dass Patient über unaufhörliche Angst klagt. Sitz der Angst am Herzen: „Es will ihn zerquetschen.“ Er bekomme auch keinen Athem und habe die Nacht deshalb nicht geschlafen. Patient

wünscht deshalb von mir untersucht zu werden und trifft in seiner ängstlich-hastigen Weise Anstalten sich zu entkleiden. Auf die Frage, weshalb er Angst habe, äussert Patient die Furcht, geköpft zu werden, er habe auch gehört, er solle täglich fünfzig aufgezählt bekommen, es werde ihm zugemuthet, eine Semmel zu essen, die im Spuckglase eines Nebenpatienten gelegen habe. Auf Befragen hören wir, dass die anderen Kranken, die mit ihm in demselben Zimmer liegen, derartige Aeusserungen gethan haben. Dabei ist Patient gut orientirt und weiss, dass er auf der Klinik für Geisteskranke ist. Die augenblickliche Situation jedoch beurtheilt er nicht ganz genügend, es müsste denn sein, dass Patient schon vorher etwas beschränkte Auffassungen gehabt habe, wie wir sie freilich bei den Landleuten aus seiner Gegend häufig antreffen. Er kennt mich, erkennt die Zuhörer als Studenten und meint, dass ich ihnen „Stunde“ ertheilte, glaubt aber doch, dass die Herren alle Pastoren werden wollen, wie sein Sohn, der thatsächlich Student der Theologie ist und ihn hierher zur Klinik begleitet hat. Auf der Abtheilung hat Patient auch noch behauptet, man werde ihm den Kopf abschneiden, er solle in ein Local gebracht werden, wo die Leichen stehen. Uebrigens ist es nicht überwiegend die Furcht vor diesen Bedrohungen, die den Kranken beherrscht, hauptsächlich hören wir vielmehr Klagen über das Schicksal seiner Familie. Er glaubt um Alles, was er besitze, gekommen zu sein, sein Sohn werde nicht mehr weiter studiren können. Er hat die Stimme seines kleinen Sohnes gehört: „Wir haben schon seit drei Wochen nichts Gescheutes zu essen gehabt,“ auch gesehen hat Patient seinen Sohn, mit jämmerlicher Gebärde vor ihm stehend. Patient glaubt, dass seine Familie Hungers sterben müsse. Die Kinder seien auch alle kränklich, sein Sohn, der Student, sei bei der Lebensversicherung nicht angenommen worden wegen eines Herzfehlers. Daran sei er Schuld, er habe sich durch unsittlichen Lebenswandel und geheime Jugendsünden zu Schanden gemacht. Er sei zu faul gewesen. Durch vieles Priemen habe er sich ebenfalls geschadet. Patient erzählt von einem Ueberfall, bei dem er einen der Angreifer erkannt und zur Anzeige gebracht hat. Damals habe er wahrscheinlich einen Meineid geschworen, denn es sei Nacht gewesen und er habe nicht ganz deutlich sehen können. Früher, wo die Angst noch grösser war, hat Patient auch geklagt, seine beiden jüngsten Kinder seien vergiftet, seine Frau habe sich das Leben genommen. Zur selben Zeit hat Patient, der an einem Bruch leidet, nur mangelhaft gegessen und behauptet, dass er vom Essen Schmerzen im Leibe bekomme.

Abgesehen von dem Bruchleiden ist bei dem Patienten keinerlei Organerkrankung nachweisbar, Patient sieht auch keineswegs älter, sondern eher jünger aus, als seinem Alter entspricht. Der Kranke ist jetzt etwas über einen Monat auf der Klinik und schon etwa drei Monate vorher erkrankt. Der äussere Anlass zu seiner Krankheit wurde dadurch gegeben, dass Patient, Inhaber einer Dorfschmiede und einer dazu gehörigen Landwirthschaft, sein Grundstück und die Schmiede verkaufte, um sich zur Ruhe zu setzen. Obwohl dieses Geschäft für ihn durchaus vortheilhaft ablief und sich glatt abwickelte, so kam dem Kranken doch allmählich die Vorstellung, er habe damit die Seinigen ruinirt und werde verarmen. Allmählich gesellten sich dazu Angst, Selbstvorwürfe, die sich auf einen vermeinlichen Meineid (s. oben) bezogen und die Vorstellung, er sei ein grosser Sünder und werde vom Satan verfolgt. Diese autopsychischen Angstvorstellungen bestanden in der ersten Zeit der Krankheit ausschliesslich, und erst kurze Zeit vor der Aufnahme gesellten sich die der phantastischen Bedrohung hinzu, zugleich machte sich eine derartige Zunahme der ängstlichen Unruhe des Kranken (angstvoller Bewegungsdrang) bemerklich, dass die Ueberführung des Patienten in eine Irrenanstalt unvermeidlich wurde Hier scheint der Patient das Höhestadium seiner Krankheit erreicht und jetzt schon überschritten zu haben. Dafür spricht das Zurücktreten der somatopsychischen Angstvorstellungen. Ausserdem war auch eine Erscheinung, die jetzt nur angedeutet vorhanden ist, das rhythmische Stöhnen des Patienten, in der ersten Zeit seines Aufenthaltes viel ausgeprägter vorhanden gewesen und hatte sich zeitweilig zu eintöniger Wiederholung ein und derselben Phrase (ich armer Sünder) gesteigert. Diese wurde zeitweilig auch von rhythmischen Bewegungen der Arme begleitet. Auch die Angst scheint um diese Zeit den höchsten Punkt erreicht zu haben. Die Ernährung wurde nur zur Zeit, als die somatopsychischen Angstvorstellungen auftraten, erschwert, der Schlaf musste meist durch Schlafmittel herbeigeführt werden. Das Körpergewicht ist von 78 kg zur Zeit seiner Aufnahme bis auf 72 kg, seinen augenblicklichen Stand, gesunken, dabei war die Nahrungsaufnahme meist durchaus genügend.

Was die Prognose des Falles betrifft, so sind wir durch den bisherigen Verlauf und sonstige Erfahrungen berechtigt, sie günstig zu stellen. Der Verlauf zeigt uns eine acute Entstehung, darauf ein Ansteigen der Krankeitserscheinungen bis zu dem nur etwa eine Woche betragenden Zeitpunkt, in welchem parakinetische und hyper-

kinetische Symptome in Form des Verbigerirens und der rhythmischen Armbewegungen auftraten. Dieser Zeitpunkt entsprach der Höhe der Angst und dem Auftreten von somatopsychischen Angstvorstellungen. Seitdem haben die selbstständigen motorischen ebenso wie die hypochondrischen Symptome aufgehört, und die Angst hat an Intensität nachgelassen. Auch Beziehungswahn und desorientirende Phoneme entsprechenden Inhalts sind nicht intensiver hervorgetreten. So geht die Intensität des Grundphänomens, der Angst, der Extensität der Symptome parallel; der Rückgang der Erscheinungen ist in ähnlicher Reihenfolge zu erwarten.[1])

Meine Herren! Das geschilderte Krankheitsbild ist für eine grosse Reihe analoger Fälle typisch, nur müssen wir dabei von einigen wenigen Abweichungen absehen, die den Fall als nicht ganz rein erscheinen lassen. Vielleicht handelt es sich dabei um eine Eigenart des befallenen Individuums, wie ich schon andeutete. Im Allgemeinen lässt sich nicht verkennen, dass das elementare Symptom der Angst die ausschliessliche Grundlage eines Krankheitsbildes liefert, welches in zahlreichen Fällen keinerlei andere Symptome bietet, als die auf die Angst zurückzuführenden. Wir können die Summe dieser Krankheitsfälle als Angstpsychosen zusammenfassen. Das Grundsymptom ist die Angst, welche am häufigsten in der Brust, besonders im Herzen und im Epigastrium, nächst häufig im Kopf, nächst häufig im ganzen Körper localisirt ist und regelmässig einen fluctuirenden, zu Anfang oder im Nachlass der Krankheit auch intermittirenden Charakter hat. Diese Angst bedingt gesetzmässig das Auftauchen bestimmter Vorstellungen, die deshalb den Namen der Angstvorstellungen verdienen. Sie sind derart gradweise abgestuft, dass die autopsychischen Angstvorstellungen der geringeren Intensität, die allopsychischen und somatopsychischen der stärkeren Intensität der Angst entsprechen. Die somatopsychischen können zuweilen fehlen oder auch, wie im vorliegenden Falle, nur dem Höhepunkt der Krankheit zeitweilig anhaften. Zu Beginn und im Abfall der Krankheit sind gewöhnlich ausschliesslich autopsychische Angstvorstellungen vorhanden. In manchen Fällen bleibt es bei den Vorstellungen, bei weitem häufiger kleiden sich die Vorstellungen in Phoneme. Auf der Höhe der Angst können zeitweilig auch Hallucinationen anderer Sinne und in gewissen acutesten Fällen, wie z. B. den oben geschilderten Angstanfällen der Epileptiker, in allen Sinnen zugleich als combinirte Hallucinationen auftreten. Häufig ist das Verhältniss

1) Thatsächlich ist der Kranke im Zeitraume von 3 Monaten nach der Demonstration gesund geworden und seitdem 2 Jahre gesund geblieben.

auch so, dass für gewöhnlich nur autopsychische Angstvorstellungen mässigen Grades bestehen, oder auch eine Combination von autopsychischen und allopsychischen Angstvorstellungen, und nur zu Zeiten gesteigerter Angst Phoneme auftreten. Die allopsychische Orientirung bleibt erhalten, die autopsychische meist dauernd im Sinne des Kleinheitswahnes alterirt. Die Rathlosigkeit kann sich dagegen auch auf das allopsychische Gebiet erstrecken. Andeutungen von Beziehungswahn sind in den Zeiten intensiverer Angst häufig anzutreffen, auch desorientirende Phoneme von diesem Inhalt kommen vor. Der Inhalt der autopsychischen Angstvorstellungen und entsprechenden Phoneme ist Sorge um die Angehörigen, um den Vermögensstand, Antastung der persönlichen Ehre, Kleinheitswahnideen, Selbstbeschuldigungen, dementsprechend beschimpfende Phoneme. Der Inhalt der allopsychischen Angstvorstellungen ist gewöhnlich der der Bedrohung des Lebens oder schimpflicher Maassregelungen, Misshandlungen u. dergl. mehr. Im gleichen Sinne bewegen sich die Beziehungswahnvorstellungen. Von den an besonders hohe Affectgrade geknüpften Hallucinationen sind besonders die des Geruchs und Geschmacks hervorzuheben, weil sie gewöhnlich als Gifteinwirkungen gedeutet werden und vorübergehend zur Zurückweisung der Nahrung führen.

Von ätiologischen Momenten scheint der Alkoholismus, die Epilepsie, das Klimakterium und die Senescenz eine nähere Beziehung zur Angstpsychose zu haben.

Was den Verlauf der Psychose betrifft, so kann sie zwischen einer Woche und mehreren Monaten dauern. Den kürzesten Verlauf beobachtet man in abortiven Fällen bei Epileptischen und Alkoholisten. Zuweilen kommt es vor, dass das Delirium tremens durch eine acute Angstpsychose von sehr affectvollem Gepräge mit überwiegend autopsychischen Angstvorstellungen ersetzt wird. Die Psychose ist dann von entsprechend kurzer Dauer und von Tremor und den später zu erörternden Symptomen von Seite des Projectionssystems begleitet. Symptomatisch kommt die Angstpsychose nicht selten vor, besonders bei Herzfehlern mit gestörter Compensation, ihr zeitlicher Verlauf pflegt dann an diese Bedingung gebunden zu sein.

Ein eigentlich paranoisches Stadium pflegt sich nicht einzustellen, bis auf den Umstand, dass die Krankheitseinsicht längere Zeit mangelhaft bleiben kann.

Das motorische Verhalten der Kranken ist im Allgemeinen rein psychologisch durch den Affect oder durch den Inhalt der

Angstvorstellungen und Hallucinationen bestimmt. Die meisten Kranken lassen sich für gewöhnlich im Bett behandeln, jedoch bedingt die Zunahme der Angst eine gewisse motorische Unruhe, zunächst Expressivbewegungen der Angst wie Weinen, Schluchzen, Händeringen, Hinknieen, Beten, je nach der Individualität. In manchen Fällen kommt es auch zum Tremor, zum Zähneklappern, zu Schweissausbrüchen. Steigert sich die Angst noch mehr, so verlassen die Kranken das Bett, gehen unruhig auf und ab, drängen wohl auch fort. Psychologisch nicht motivirte Bewegungsäusserungen oder wenigstens an der Grenze der Motilitätssymptome sind rhythmisches Stöhnen oder wippende Bewegungen des Rumpfes, am häufigsten Beides zusammen, endlich die einförmigen, wenn auch nicht rhythmischen, so doch sich wiederholenden Bewegungen der Hände, des Nestelns an dem Bett oder Kleidungsstücken, des Gegeneinanderreibens der Hände u. dergl. mehr. Die Tendenz des Selbstmordes ist fast immer ausgesprochen, ebenso wird die Bereitwilligkeit zu sterben in Ausdrücken wie: „Macht ein Ende. Schlagt mich todt" häufig geäussert. Auf der Krankheitshöhe kommt es leicht zu den eben geschilderten oder noch ausgeprägteren Motilitätssymptomen, namentlich einem parakinetischen Verhalten durch rhythmische Bewegungen und zum Verbigeriren. Andererseits kann ein Wellengipfel allopsychischer Desorientirtheit und eine Steigerung der sensorischen Symptome bis zu Annäherungsfurcht und blinder Abwehr zu Stande kommen.

Als eine besondere Form der Angstpsychose verdient die sogenannte Melancholia agitata ausdrücklich erwähnt zu werden. Dabei ist die Bewegungsunruhe dauernd sehr ausgeprägt vorhanden, die Bewegungen sind nicht ausschliesslich, wenn auch überwiegend psychologisch motivirt, z. Th. stehen sie, wie oben geschildert, auf der Grenze eigentlicher Motilitätsstörung. Vor Allem aber ist auffallend, dass die gesteigerte Production von Angstvorstellungen zu Rededrang und Ideenflucht führen kann, Symptomen, auf die wir später bei einem ganz anders gearteten Kranheitsbilde stossen werden, deren sensorische Herleitung hier aber nicht zu verkennen ist. Auch diesen Fällen agitirter Melancholie scheint es eigen zu sein, dass die autopsychischen Angstvorstellungen dem Inhalt nach bei Weitem überwiegen, wenn auch die allopsychischen wohl niemals ganz vermisst werden.

In diagnostischer Hinsicht ist vorauszuschicken, dass die Krankheit sich häufig weiter entwickelt und nur das Anfangsstadium eines complicirteren Krankheitsbildes bildet. Diese Weiterentwicklung findet namentlich nach zwei Richtungen statt, nämlich zum

Bilde einer complicirten Motilitätspsychose, meist gekennzeichnet durch das Einsetzen akinetischer Symptome, und zum Bilde einer verbreiteteren sensorischen Psychose mit Desorientirung. In letzterer Beziehung muss immer ein Verdacht entstehen, wenn desorientirende Phoneme und Beziehungswahnvorstellungen eine mehr als nebensächliche Rolle im Krankheitsbilde spielen.

Die Weiterentwicklung kann sich auch sehr rasch vollziehen, so dass acuteste Krankheitsbilder, wie die der sogenannten transitorischen Psychosen resultiren.

Für die Diagnose gegen die affective Melancholie (s. später) ist der Nachweis von allopsychischen Angstvorstellungen oder Beziehungswahnvorstellungen entscheidend. Von der acuten Hallucinose (s. später) ist die Diagnose meist ebenfalls leicht zu stellen. Das nach den Angaben der Kranken dominirende und auch objectiv auffällige Symptom der Angst, die häufig zu beobachtende Abhängigkeit der Phoneme von den Schwankungen der Angst, sind meist charakteristisch. Ebenso charakteristisch ist es aber, dass die acute Hallucinose schon sehr zeitig ein paranoisches Stadium entwickelt, was bei der einfachen Angstpsychose nicht der Fall ist. Vom angstvoll gefärbten Delirium tremens unterscheidet die bei der einfachen Angstpsychose erhalten bleibende allopsychische Orientirung. Ebenso pflegen verallgemeinerte sensorische Psychosen immer mit Desorientirung einherzugehen. Von der progressiven Paralyse ist die Angstpsychose in vielen Fällen deshalb nicht zu unterscheiden, weil man vom klinischen Standpunkte das Vorkommen einer paralytischen Angstpsychose anerkennen muss. Während der Affect es oft erschweren wird, die bei der Paralyse fast immer nachweisbare Störung des Gedächtnisses, des Urtheils und der Merkfähigkeit festzustellen, ist andererseits die Möglichkeit vorhanden, dass auch die für Paralyse — oder Alkoholismus — entscheidenden Symptome von Seiten des Projectionssystems zunächst noch fehlen und sich erst im späteren Verlaufe hinzugesellen.

Meine Herren! Sehr häufig werden Sie auf Krankheitsfälle stossen, welche man als Grenzfälle oder Mischfälle von Angstpsychose und affectiver Melancholie bezeichnen kann. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass weder das eine noch das andere Krankheitsbild rein oder vollständig nachgewiesen werden kann. Dem äusseren Gepräge nach überwiegt meist das Bild der affectiven Melancholie, besonders deshalb, weil die der Angst zukommenden Fluctuationen wenig ausgeprägt sind und ein mehr continuirliches, gleich bleibendes Krankheitsbild vorherrscht. Die der affectiven Melancholie zu-

kommende subjective Insufficienz wird oft vermisst, während doch ausgeprägte Kleinheitswahnideen, Selbstanschuldigungen und andere autopsychische Angstvorstellungen vorhanden sind. Der herrschende Affect ist das Unglücksgefühl, zugleich aber immer auch eine meist localisirte Angst. Die Aeusserungen der Angst beschränken sich meist auf einfachste Expressivbewegungen wie die des Weinens, vereinzelte Verzweiflungsausbrüche, während eine motorische Unruhe im Allgemeinen vermisst wird. Allopsychische Angstvorstellungen sind fast immer nachweisbar, aber sie bleiben vereinzelt, treten in ihrer Bedeutung sehr zurück und müssen oft erst gesucht werden. Ebenso kommen ganz vereinzelte Beziehungswahnvorstellungen zu Stande. Die unter den Angstvorstellungen vorherrschenden Unglücksvorstellungen bleiben häufig wie bei der reinen Melancholie auf ein circumscriptes Vorstellungsgebiet beschränkt. Die Phoneme spielen nur eine untergeordnete Rolle.

So ist das ziemlich häufige Krankheitsbild nach beiden Richtungen hin genügend charakterisirt. Es scheint mit Vorliebe bei ganz jugendlichen Personen und im Greisenalter vorzukommen. Die Diagnose ist deshalb nicht unwichtig, weil die Prognose dieser Krankheit nicht nur sicherer zu stellen ist wie bei der Angstpsychose, sondern auch an sich bei Weitem günstiger ist. Die mir bekannten Fälle der Art haben alle einen günstigen Ausgang genommen.

Die Prognose der Angstpsychosen würde an sich als günstig zu bezeichnen sein, da die bei Weitem überwiegende Zahl der oben skizzirten Krankheitsfälle in Heilung übergegangen ist. Beeinträchtigt wird dieses günstige Urtheil durch die Schwierigkeit, die Diagnose sicher zu stellen, bis nicht ein sehr grosser Theil des Krankheitsverlaufes schon vorliegt. Erst wenn, wie in dem vorgestellten Falle, die Krankheitshöhe schon überschritten ist, lässt sich mit einiger Wahrscheinlichkeit annehmen, dass ein Uebergang des Krankheitsbildes zu einem complicirteren nicht mehr stattfinden werde, und auch in dieser Hoffnung wird man noch zuweilen getäuscht, da nach einem Stadium anscheinender Reconvalescenz eine Weiterentwicklung der Psychose zu chronisch progressivem Verlaufe eintreten kann. So verhielt es sich beispielsweise in einem Falle von seniler Angstpsychose bei einer 73jährigen Frau, welche ich Ihnen nach $1^1/_2$jährigem Verlauf als typisches Beispiel einer chronisch Geisteskranken mit sogenanntem hypochondrischen Verfolgungswahn im Stadium der allopsychischen Desorientirtheit vorstellen konnte.[1])

1) Vgl. Fall 1 in: „Krankenvorstellungen der Breslauer psychiatr. Klinik“ Heft 1.

In diesem Falle war das Krankheitsbild von vornherein durch zahlreiche desorientirende Phoneme und Beziehungswahnvorstellungen ungünstig gefärbt.

Die Behandlung der Angstpsychosen hat die besondere Aufgabe, das Symptom der Angst zu bekämpfen. Eine Angst höheren Grades und auf die Dauer einfach zu ertragen, kann humaner Weise keinem Kranken zugemuthet werden, ebensowenig wie das analoge Symptom des Schmerzes. Im Allgemeinen ist das Extractum Opii, in Dosen von $^1/_2$—2 dcgr. subcutan injicirt, ein zuverlässiges Mittel. Nächstdem zeigt sich eine Combination von Hyoscin mit Morphium, und zwar von ersterem halb so viel Milligramm als von letzterem Centigramme, werthvoll. Mit der Dosis kann man von $^1/_4$ mgr. : $^1/_2$ cgr. bis zu $^1/_2$ mgr. : 1 cgr. mehrmals täglich steigen. Bei den Angstanfällen der Epileptiker ist eine Schlaf erzielende Dosis von Amylenhydrat innerlich oder per Klysma applicirt vorzuziehen. Im Uebrigen bietet die Behandlung der Angspsychosen keine anderen Aufgaben als die der Psychosen überhaupt, und ich verweise Sie deshalb auf meine Bemerkungen über diesen Gegenstand am Schlusse dieser Vorlesungen.[1])

Meine Herren! Kein anderes Gebiet unter den Geisteskrankheiten hat so viel Berührungspunkte mit den functionellen Nervenkrankheiten, wie das, womit wir uns soeben beschäftigt haben. So häufig die Angstpsychosen sind, so ist doch unbestreitbar, dass die Angstzustände, die in das Gebiet der Neurosen fallen, noch bei Weitem häufiger vorzukommen pflegen. Es erhebt sich also die Frage: Giebt es sichere Kriterien, um eine Angstneurose von einer Angstpsychose zu unterscheiden? Diese Frage ist von grosser praktischer Wichtigkeit, denn gerade die Angstpsychose macht dem Arzte eine rechtzeitige Sicherung des Kranken durch Verbringung in eine Irrenanstalt, sei es auch gegen den Willen des Kranken, zur Pflicht. Ein solcher Eingriff in die persönliche Freiheit eines Nebenmenschen würde im Falle einer blossen Neurose keinesfalls zu dulden sein. Glücklicher Weise bietet nun das oben skizzirte Krankheitsbild in seinem Complex von Symptomen so sichere und leicht zu ermittelnde Kennzeichen, dass die positive Diagnose einer Angstpsychose leicht zu stellen und damit ein Zweifel über die richtige Art des Vorgehens ausgeschlossen ist. Jedoch giebt es unzweifelhaft, wie überall in der Natur, so auch hier Grenzfälle, in denen Zweifel

1) Beispiele von Angstpsychosen findet der Leser in den Fällen 3, 8, 9 und 12 des ersten Heftes und 5, 21, 22 und 23 des zweiten Heftes der „Krankenvorstellungen aus der psychiatrischen Klinik in Breslau". Breslau 1899.

an der Zweckmässigkeit einer so eingreifenden Maassregel berechtigt sind. Hier wird der Arzt die Aufgabe haben, zunächst eine möglichste Sicherung und Ueberwachung der Kranken in privaten Verhältnissen herbeizuführen. Dafür giebt es kein besseres Mittel, als eine streng durchgeführte Bettbehandlung. Dann aber wird das Symptom der Angst selbst, wie oben angegeben, zu behandeln sein. Immer wird das Wohl des Kranken allen anderen Rücksichten vorangestellt und deshalb den praktischen Consequenzen, die der Kranke aus seinem Angstgefühl und den sich anschliessenden Unglücks- und Angstvorstellungen für sein Handeln zieht, das Hauptaugenmerk zugewandt werden müssen. Bedenken Sie dabei immer, dass zwar ein einziges Symptom wie das der Angst niemals genügt, um eine Psychose herzustellen, dass aber andererseits den Handlungen der Kranken immer mindestens ebensoviel Werth beizumessen ist wie dem, was sie sprechen. Wo es daher zu Selbstmordversuchen kommt, ist die Sicherung der Kranken durch Internirung in einer Irrenanstalt auch in solchen Grenzfällen unbedingt geboten.

Meine Herren! Ich habe die Schilderung specieller Krankheitstypen mit den Angstpsychosen begonnen, weil es einerseits verhältnissmässig leicht zu verstehende Krankheitsfälle, andererseits ihre Berührungspunkte mit vielen anderen acuten Psychosen so mannigfaltig sind, dass sie uns bald mitten hinein in unsere praktischen Aufgaben führen. Ich brauche kaum hervorzuheben, dass die praktische Kenntniss der Geisteskrankheiten an sich mit theoretischen Voraussetzungen nichts zu thun hat. Deshalb soll auch der Gang unserer Demonstrationen wesentlich nach dem Lehrzweck eingerichtet und dieser dem praktischen Bedürfniss untergeordnet werden. Die Kranke, die ich Ihnen jetzt noch zeige, gehört in diesem praktischen Sinne noch in das Gebiet der Angstpsychosen, wird uns aber, wie Sie bald sehen werden, zu dem Gegenstande unserer nächsten Vorlesung hinüberleiten.

Die 69jährige Arbeiterfrau L. ist, wie Sie sehen, eine weisshaarige, etwas gebückt dahergehende Frau von deprimirtem, leicht ängstlichem Gesichtsausdruck und entsprechender Haltung. Die an sie gerichteten Fragen beantwortet sie prompt, wenn auch mit etwas schwacher Stimme. Sie sagt uns ihren Geburtstag, das Datum ihrer Verheirathung, wie lange sie verheirathet war, den Todestag und die Krankheit ihres Mannes, nennt uns ihre Kinder, berichtet von der einzigen noch lebenden Tochter und deren Ehe, erzählt von ihren Enkelkindern. Auch über die Vorgeschichte ihrer Krankheit erfahren wir Alles von ihr selbst. Im Frühjahr 1896

sei sie zuerst erkrankt an einem Gewächs im Leibe, welches dann operirt worden sei. Sie habe damals elf Wochen im Krankenhause zugebracht, sei nachher zwar recht schwach, aber sonst gesund gewesen. Im November sei sie dann an der Gürtelrose erkrankt und hätte drei Wochen fast gar nicht schlafen können. Anfang December hätte sich dann das jetzige Leiden eingestellt. Die Zeit ihres Aufenthaltes in der Klinik — seit dem 24. Februar d. J. — giebt sie ungefähr richtig an, zeigt sich über den Betrieb der Anstalt und ihre Mitkranken durchaus orientirt, weiss, dass die anwesenden Herren Studirende sind, die die Klinik besuchen. Ich stelle sie vor, um ihre Krankheit zu besprechen. Welcher Art ihre Krankheit sei? Sie könne nichts essen, weil der Schlund zugewachsen sei oder, wie sie sich corrigirt, doch nur sehr Weniges durchginge. Die Zunge sei an den Gaumen angewachsen. Sie fühlt mit der Hand danach und demonstrirt, dass die obere Zungenfläche den Gaumen berühre. Ausserdem habe sie einen beständigen Geschmack nach Pech im Munde, und was sie esse, sei ohne Geschmack. Was sie mühsam herunterbringe, das fühle sie in der Speiseröhre stecken bleiben. In der Magengegend häufe es sich an und verursache ein Gefühl von Spannung. Stuhl sei früher gar nicht möglich gewesen und komme auch jetzt nur durch künstliche Mittel und nicht genügend.

Ich frage, ob es nicht schon etwas besser gehe, aber Patientin verneint diese Frage. Dazu muss ich bemerken, dass die Kranke sich thatsächlich schon in der Besserung befindet. Sie war früher so schwach und hinfällig, dass sie nur mit tonloser Stimme ganz leise antwortete und die Demonstration in der Weise wie heute gar nicht möglich gewesen wäre. Infolge ihres schweren Krankheitsgefühls sprach sie damals von selbst fast gar nichts, während sie es jetzt bisweilen thut, und zeigte keinerlei Theilnahme für ihre Umgebung, während sie jetzt daran schon einiges Interesse nimmt. Damals gab sie auch an, der Speisekanal sei vollständig zugewachsen, und musste zwangsweise gefüttert werden, während sie jetzt spontan schon einige Nahrung zu sich nimmt. Von der Tochter haben wir ausserdem erfahren, dass sie vorher auch klagte, sie bekomme keine Luft.

Welcher Art ihre Krankheit sei, weiss die Kranke nicht genau anzugeben, jedenfalls sei es etwas sehr Schlimmes, völlig Hoffnungsloses. Früher hat sie sich dahin geäussert, dass es die Pest sei, und dass sie durch ihre Berührung Andere anzustecken fürchtete. Auch in dieser Beziehung hat sie sichtlich einen Fortschritt gemacht, denn jetzt meint sie dies nicht mehr.

Wir fragen nun die Patientin, wie sie mit ihrer Behandlung hier zufrieden sei, darauf antwortet sie: Gut, sie sei es nur nicht werth. Was sie sich vorzuwerfen habe? Sie sei durch und durch schlecht und sündhaft, habe schon den Versuch gemacht, sich das Leben zu nehmen, sei ein Scheusal, ein Spectakel vor den Menschen und verdiente herausgeworfen zu werden. Die anderen Kranken schrieen ihrethalben. Ihre Krankheit habe sie sich selbst zugezogen dadurch, dass sie nicht gegessen habe, in ihrer letzten Krankheit habe sie ihre Mutter rücksichtslos behandelt. Als weiteres Zeichen eines phantastischen Kleinheitswahnes will ich noch erwähnen, dass Patientin sich weigert, in den Besuchssaal zu gehen, weil die Anderen sie nicht ansehen sollen, und geäussert hat, als Vorbereitungen zum Photographiren getroffen wurden, der Photograph würde bei ihrem Anblick so erschrecken, dass er todt umfallen werde. Ferner hat Patientin die Ueberzeugung, dass sie nicht sterben könne, weil sie zu schlecht sei. Dabei äussert sie noch jetzt den Wunsch zu sterben und hat vor ihrer Aufnahme zwei Strangulationsversuche gemacht, weil sie es so nicht ertragen könne. Von ihren Enkelkindern glaubt die Patientin, sie seien schwer krank, vielleicht todt, und früher hat sie die Meinung geäussert, sie würden ihrethalben sterben. Wie sie denn auch behauptete, an allem Unglück schuld zu sein, von dem sie hörte, z. B. als sich eine Bekannte die Hand verbrannt hatte. Ebenso äusserte sie die Befürchtung, man werde sie in kein Krankenhaus aufnehmen, weil sie zu schlecht sei. Obwohl die Kranke geordnete Auskunft giebt und keine äusseren Zeichen von Angst bietet, so giebt sie doch auf Befragen an, unaufhörlich an Angst zu leiden. Wo die Angst sitze? Im Kopf. Die Angst wird von dem spannenden Gefühl im Epigastrium genau unterschieden, nach früheren Angaben war die Angst zeitweilig in der Brust localisiert. Hinsichtlich des Verhaltens der Kranken auf der Abtheilung ist noch zu erwähnen, dass sich die Kranke immer zugänglich und vertrauensvoll gezeigt hat. Sie hat sich stets sauber gehalten und nur zeitweilig dadurch gestört, dass sie in Folge ihrer Wahnvorstellungen in den Anus griff oder ihre Excremente betastete.

Meine Herren! Anderweitige Symptome sind bei der Kranken nicht zu finden gewesen. Immer nur blieben ihre Wahnideen auf die geschilderten krankhaften Vorstellungen, auf ihren Körper und ihre Persönlichkeit beschränkt, und ihr Verhalten dadurch bestimmt. Hinsichtlich der Auffassung der Krankheit ist ein Ueberblick über den Verlauf sehr lehrreich. Es stellt sich nämlich als unzweifelhaft heraus, dass von Anfang an die noch jetzt vorhandenen

hypochondrischen Beschwerden auftraten und dadurch, dass sie allmählich zu hochgradigster Abmagerung der Kranken führten — ihr Körpergewicht bei der Aufnahme betrug 31 kg —, die Nothwendigkeit zur Aufnahme in die Klinik herbeiführten.

Die anderen krankhaften Vorstellungen sind erst auf einer gewissen Krankheitshöhe hinzugetreten, nachdem die isolirten hypochondrischen Klagen schon Wochen lang bestanden hatten. Eine Prüfung der Merkfähigkeit und der Aufmerksamkeit ergiebt normale Verhältnisse. Die Auskunft, die wir von der Kranken erhalten haben, erfolgte immer nur als knappe Antwort auf die an sie gerichteten Fragen.

Vierundzwanzigste Vorlesung.

Intestinale, ascendirende und diffuse Somatopsychosen. Hypochondrische Reflexpsychosen. Schwere hypochondrische Psychose eines Potators. Beispiel von paralytischer Somatopsychose. Krankheitsbild, Handlungen somatopsychischer Rathlosigkeit. Ausgänge. Ueberblick der hypochondrischen Symptome.

Meine Herren!

In der kürzlich vorgestellten Kranken lernten Sie ein Beispiel jener häufig vorkommenden Fälle kennen, welche den besonderen Namen der hypochondrischen Angstpsychose verdienen. Wie Sie sehen, handelt es sich dabei um eine circumscripte intestinale Somatopsychose, basirend auf abnormen körperlichen Sensationen im Gebiete des Verdauungstractus, welche rasch zur Desorientirung in einem umschriebenen und zwar intestinalen Gebiete des Bewusstseins der Körperlichkeit führen. Das begleitende schwere Krankheitsgefühl ist als Folgeerscheinung der somatopsychischen Identificationsstörung leicht verständlich. Unsere Kranke bezeichnete ihre Gemüthsverfassung als Angst, häufiger aber wird, entsprechend der überwiegend inhaltlichen Veränderung, der Affect von den Kranken selbst als keine eigentliche Angst, sondern etwas davon Verschiedenes angegeben, besonders von solchen Kranken, welche in Folge ihres Bildungsgrades des sprachlichen Ausdruckes besser mächtig sind. Offenbar handelt es sich um denjenigen Affectzustand, den wir oben als körperliche oder somatopsychische Rathlosigkeit kennen gelernt haben. Zuweilen wird dann ausserdem noch eine in Anfällen auftretende Angst als etwas Besonderes, neu Hinzutretendes unterschieden.

Die circumscripte intestinale Hypochondrie localisirt sich mit Vorliebe in der Nähe der beiden Endpunkte des Verdauungstractus. Dem entsprechend steht das eine Mal die Schwierigkeit zu schlingen — im weitesten Sinne gefasst, so dass der ganze Act der Beförderung der Speise bis in den Magen gemeint ist —, das andere Mal

die Schwierigkeit der Stuhlentleerung im Vordergrund der Erscheinungen. In einem Falle letzterer Art konnte man einen schleimigen Mastdarmkatarrh, der durch Hämorrhoidalknoten unterhalten wurde, als Ausgangspunkt der hypochondrischen Vorstellungen feststellen, und ebenso dürfte ein Globusgefühl, welches schon vorher bestanden hat, bei weiblichen Kranken häufig den Ausgangspunkt der anderen, auf subjective Schlingerschwerung zurückzuführenden Form sein.

Wie Sie aus solchen Beispielen ersehen, ist zwar die Deutung nicht zweifelhaft, dass es sich um eine psychosensorische Identificationsstörung auf dem Gebiete der Organgefühle handelt, aber schwer und oft überhaupt nicht festzustellen, ob Hyperaesthesie, Paraesthesie oder Anaesthesie vorliegt.

Auf einer gewissen Höhe der Entwicklung führen die beiden verschiedenen initialen Localisationen zu dem gleichen Ergebniss, dem Gefühl des Vollgestopftseins, das eine Mal in der Entstehungsweise, dass die entweder mühsam heruntergeschlungenen oder künstlich eingeführten Nahrungsmittel sich in der Magengegend anhäufen, in der anderen, dass die Kothmassen sich von unten zurückstauen, eventuell bis zum Schlunde hinauf. Die gewöhnlichste und wichtigste Folge dieser krankhaften Sensationen ist die Nahrungsverweigerung, welche in Fällen der Art fast immer die Zwangsfütterung durch die Schlundsonde erforderlich macht. Ein schweres Unglücksgefühl ist immer vorhanden, bei dem herrschenden Gefühl schwerer körperlicher Krankheit durchaus begreiflich. Dadurch wird auch die Beurtheilung der Zukunft beeinflusst: die Kranken glauben immer absolut hoffnungslos und verloren zu sein. Die eigentlichen Angstvorstellungen beschränken sich in den reinen Fällen der Art auf das autopsychische Gebiet und sind auch innerhalb dieses oft nur darauf beschränkt, dass die Kranken sich Schuld geben, durch Vernachlässigung ärztlichen Rathes und ärztlicher Anordnungen ihre Krankheit selbst herbeigeführt oder verschlimmert zu haben. In dem Falle einer 60jährigen unverheiratheten Dame, welche nach einer langwierigen und mit traurigen Affecten verbundenen Krankenpflege ganz acut an dieser Form der intestinalen Somatopsychose mit schwerer Nahrungsverweigerung erkrankt war, trat nach etwa halbjährigem Bestehen der Krankheit die abnorme Sensation im Schlunde zurück, das Unglücksgefühl und die autopsychischen Angstvorstellungen blieben aber bestehen, auch die somatopsychische Angstvorstellung, keinen Stuhlgang zu haben, und die Krankheit führte schliesslich zum Tode.

Was das motorische Verhalten dieser Krankheitsfälle anbetrifft,

so bleibt es in den reinen Fällen durchaus psychologisch motivirt. Vielleicht beruht es auf individueller Verschiedenheit, dass bei dem einen Kranken mehr ein agitirtes Wesen, Wein- und Verzweiflungsausbrüche, Lamentiren, Händeringen u. dergl. mehr, bei den anderen ein Ausfall an Motilität mässigen Grades, wie wir ihn auch sonst bei schwerem Krankheitsgefühl erklärlich finden, zu beobachten ist. Dieses Verhalten kann entweder durch die ganze Krankheitsdauer in gleicher Weise bestehen, oder der eine Zustand löst den anderen ab, oder auch das agitirte Verhalten entspricht einem oder mehreren Gipfelpunkten der Krankheitscurve. Umgekehrt kann eine hochgradige Einbusse an Motilitat, mit anderen Worten eine (psychosensorisch bedingte) intrapsychische Akinese auch einer Zunahme in der Extensität der Symptome entsprechen, und zwar habe ich dies beispielsweise in einem Falle von ascendirender, zunächst nur intestinaler Somatopsychose beobachtet. Hier war also die Akinese die schwerere Erscheinung, wie sie denn auch dem Grade nach aus einer Steigerung des Krankheitsgefühls herzuleiten war, denn die Kranke wurde auch unsauber und behauptete, nicht stehen, gehen, sprechen zu können. Thatsächlich waren diese Functionen erhalten, wie sich durch gelegentliche Reactionen feststellen liess.

Es handelte sich um eine 57jährige Kranke, die Jahre lang mit schweren Nahrungssorgen gekämpft hatte und dann mit der Sensation des Darmverschlusses erkrankt war. Ein halbes Jahr darauf, zur Zeit ihrer Krankheitshöhe, behauptete sie, bis oben mit Kothmassen vollgefüllt zu sein, nicht mehr athmen zu können, sich nicht rühren zu können. Während sie zu Beginn ihrer Krankheit ihre Befürchtung, verhungern zu müssen, in verzweiflungsvoller Unruhe immer wieder äusserte, gerieth sie nach einer intercurrenten Influenza in den geschilderten schweren Erschöpfungszustand, in welchem sie auch selbst über die Verlangsamung und Erschwerung ihres Denkens klagte. Eine Infiltration beider Oberlappen schien jetzt die Prognose ganz hoffnungslos zu gestalten, trotzdem trat die Kranke nach mehrwöchentlichem Verharren in dem geschilderten Zustande in die Reconvalescenz und konnte nach etwa Jahresfrist als gebessert in Familienpflege entlassen werden. Die Krankheitscurve dieses Falles kann als eine rein extensive betrachtet werden, und die Akinese entsprach dann dem Gipfel der Curve. Der Fall war noch dadurch interessant, dass die Angst im Herzen immer als gesonderte Erscheinung angegeben wurde, und dass autopsychische Angstvorstellungen in Form von Selbstbeschuldigungen nur ganz vorübergehend und andeutungsweise auftraten.

Noch deutlicher als in dem vorstehenden Falle zeigte sich das ascendirende Verhalten einer zunächst circumscripten, auf die Genitalorgane beschränkten Hypochondrie in dem folgenden, den ich vor einigen Semestern vorgestellt habe. Es handelte sich um ein 23jähriges jüdisches Fräulein, die vorher schon einige Male Anfälle von bald mehr melancholisch, bald mehr maniakalisch gefärbten Psychosen hatte, und deren Schwester ebenfalls schon zwei Mal geistesgestört gewesen war. Sie hatte in der Familie ihres Bruders gelebt und dessen schwer krankes Kind auf das Aufopferndste gepflegt. Zu Beginn ihrer Krankheit klagte sie über das Gefühl eines festen Körpers in den Genitalien und liess sich deshalb vom Frauenarzt behandeln. Dasselbe war mit Brennen, Tenesmus der Blase und Drängen verbunden, während die Menstruation ausblieb. Ein objectiver Befund konnte nicht constatirt werden. Als etwa zwei Monate später das kranke Kind starb, begann die Patientin die schwerste Arbeit auf sich zu nehmen, trotzdem erklärte sie bald, sie tauge nichts, könne nicht arbeiten, sei überflüssig und falle dem Bruder zur Last. Etwa zwei Monate später machte sie einen Selbstmordversuch durch Chloroform und war mehrere Stunden bewusstlos. Ein vereitelter Versuch, ins Wasser zu gehen, gab ein weiteres Vierteljahr darauf den Anlass zu ihrer Ueberführung nach der Klinik, nachdem Patientin bis zum letzten Tage aus Kleinheitswahn schwer gearbeitet hatte. In den zwei letzten Wochen ausserhalb und den ersten Monaten ihres Aufenthaltes in der Klinik steigerten sich ihre körperlichen Beschwerden zu einem ganz verzweifelten Zustande. Patientin gab an, dass sich in Folge ungenügenden Stuhles das Essen in ihr angesammelt und in eine feste Masse — nicht Koth, wie sie ausdrücklich angab — verwandelt hätte. Diese feste Masse sei in alle Körpertheile gedrungen, der ganze Körper sei dadurch entstellt, sei fest und hart geworden, nur die Haut darüber sei noch natürlich. Patientin überzeugt sich davon durch das innere Gefühl der Schwere und indem sie sich mit den Händen betastet. Der Körper kommt ihr wie todt und abgestorben vor, und als ob kein Blut darin fliesse, obwohl Patientin den Puls fühlt und ihr Herz auch schlagen hört. Diese Erstarrung erstrecke sich auch auf die Sinnesorgane: mit den Ohren zwar könne sie hören, die Augen aber ständen fest im Kopf, sie könne sie nicht bewegen, nur die Lider öffnen. Als bei der Untersuchung doch Augenbewegungen ausgeführt werden, versichert sie, dass dies sonst nicht der Fall sei und sie statt dessen den Kopf drehen müsse. Ob sie riechen, fühlen, schmecken könne, ist ihr zweifelhaft, sie versucht es mit Milch und bejaht es dann.

Auch schlingen und die Zunge bewegen könne sie. Patientin verweigerte in dieser Zeit andauernd die Nahrung und musste mit der Sonde gefüttert werden. Von dem Stuhlgang behauptete sie, dass er ungenügend wäre, selbst wenn Eingiessungen oder Abführmittel, die sie übrigens willig nimmt, gewirkt haben und sie sich augenblicklich erleichtert gefühlt hat. Dauernd bestand das Gefühl schwerster Krankheit und absoluter Hoffnungslosigkeit in Bezug auf ihren körperlichen Zustand und eine entsprechend verzweifelte Stimmung. Ueber Angst jedoch wurde nur vorübergehend in Zeiten höchster Erregung und Verzweiflung geklagt, Localisation des Angstgefühls in der Brust.

Was das motorische Verhalten der Patientin betrifft, so liessen Ausbrüche der Verzweiflung erst in Folge zunehmenden Kräfteverfalls nach. Es bestand die Wahnidee, Patientin hätte sich durch zu vieles Essen versündigt, sie sei für die Ewigkeit verloren, verdiente die schwersten Strafen, die sie ersehnte, wie z. B. verbrannt zu werden. Den Aufenthalt in der Klinik — wo sie nothgedrungen auf der Wachstation gehalten werden musste — hielt sie ebenfalls für eine verdiente, wenn auch zu geringfügige Strafe. Im Uebrigen war die Intelligenz intact, die Orientierung vollkommen erhalten, trotz der körperlichen Schwäche keinerlei Verlangsamung, nie Hallucinationen, nie Beziehungswahn. Unter continuirlicher Gewichtsabnahme erfolgte der Tod nach neunmonatlichem Aufenthalt in der Klinik.

Als eine nicht selten vorkommende Modification der intestinalen Somatopsychose stellen sich Fälle dar, bei denen die krankhafte Sensation mehr an den Luftwegen localisirt ist. In einem Falle der Art waren hauptsächlich die Nasengänge Sitz dieses krankhaften, mit Erstickungsangst verbundenen Gefühls, in einem anderen bestand das Gefühl, dass der Schlund vertrocknet und die Luftröhre zugewachsen sei, während Schlingen und Ernährung ungestört von Statten ging und auch keine Athemnoth bestand. Trotzdem wurde ein im Epigastrium localisirtes Gefühl der schweren Belastung wie von einem Steine so schlimm empfunden, dass die Patientin, eine 42jährige Bauersfrau, es als Todesgefühl bezeichnete. Angeblich war dieses Gefühl erst allmählich bis zum Schlunde aufgestiegen. Die Patientin wurde von innerer Unruhe umher getrieben, jammerte fortwährend und hatte die energischste Selbstmordtendenz. Mehrfache Versuche derart waren schon vereitelt worden. Zur Zeit der Beobachtung war sie schon ein Jahr krank, und man erfuhr, dass sie das erste halbe Jahr bei noch stärker ausgeprägter Angst auch Selbstanklagen und Befürchtungen für ihre Familie geäussert hatte. Ihre heisere Stimme und zuweilen auftretende Hustenstösse gaben

Anlass zur Untersuchung des Kehlkopfes; es stellte sich heraus, dass neben einem Katarrh, der zur Schwellung der Stimmbänder geführt hatte, das eine Stimmband vollkommen gelähmt war. Obwohl der Verdacht auf eine tuberculöse Affection des Kehlkopfes in diesem Falle entstehen musste, so war doch offenbar die Stimmbandlähmung damit nicht erklärt, so dass sogar die Frage aufgeworfen werden konnte, ob sie nicht vielmehr als eine directe Folgeerscheinung der hypochondrischen Sensation auf die Innervation des Kehlkopfes aufgefasst werden musste, mit anderen Worten, als eine Einwirkung des krankhaft veränderten Organgefühls auf das zugleich der Motilität dienende Organ im Sinne meiner obigen Bemerkungen.[1]) Die Möglichkeit, dass der Katarrh nur Folgeerscheinung der mangelhaften Innervation, in letzter Linie also ebenfalls der krankhaften Sensation sei, war dann gegeben. Indessen gebe ich zu, dass die Einseitigkeit der Stimmbandlähmung gegen diese Erklärungsweise sprach und eine andere Auffassung des seltenen Krankheitsbildes näher legte. Stimmbandlähmung und Katarrh waren vielleicht die gemeinsame Folge einer latenten, durch die Untersuchung nicht nachweisbaren Ursache, und erst die Paraesthesie der an sich krankhaften Organempfindungen bildete den Ausgangspunkt der circumscripten — dann als symptomatisch aufzufassenden — intestinalen Somatopsychose.

Meine Herren! Viel wahrscheinlicher als psychosensorisch bedingte Akinese im Sinne meiner obigen Ausführungen zu verstehen ist das Auftreten von Lähmungssymptomen in Fällen circumscripter Blasenhypochondrie. Diese Fälle bilden den Uebergang zwischen hypochondrischer Psychose und Neurose, indem sie noch weniger als die vorgeschilderten auf das übrige geistige Leben übergreifen und auch der Anstaltsbehandlung oft entbehren können, um so mehr, als die zahlreichen, um die Lähmung des Schliessmuskels gruppierten subjectiven Beschwerden meist an gewisse Tageszeiten gebunden sind, die übrige Zeit aber frei davon bleiben kann. Besonders lästig ist das Gefühl des Urindrangs, zum Theil auch mit einer Neigung zu Pollutionen verknüpft, welche letzteren auch ohne Erectionen eintreten können. Die Kranken sind deshalb in beständiger Angst, in Verlegenheiten zu gerathen, ausserdem kann noch ein localisirtes Angstgefühl im Epigastrium bestehen. Ausserhalb der Anfälle können die Kranken psychisch normal erscheinen, in den Anfällen aber leiden sie an mehr oder weniger ausgeprägten

1) S. S. 217.

autopsychischen Angstvorstellungen und einer Verzweiflung, die bis zum Lebensüberdruss und zur Selbstmordtendenz gehen kann. Die ganze Lebensweise wird gewöhnlich von diesen Kranken so eingerichtet, dass Verlegenheiten der bezeichneten Art nicht entstehen können, die Berufsthätigkeit, der Verkehr mit Menschen leidet darunter. In einem Falle der Art hatte die Behandlung mit mehrstündigen warmen Bädern, in denen der Kranke sich jeder Sorge um plötzlich entstehende Verlegenheiten enthoben fühlte, einen für längere Zeit nachhaltigen Erfolg. Ich brauche nicht hervorzuheben, dass diese Fälle durch das Fehlen jeder örtlichen Veränderung und aller Symptome von Seiten der sensiblen Nerven und des Rückenmarkes gekennzeichnet sind, während in der Vorgeschichte der Kranken ein überstandener Blasenkatarrh oder eine Gonorrhoe nicht bedeutungslos zu sein scheinen.

Aehnlich der hypochondrischen Neurose nahe stehend sind gewisse Fälle von Defäcationshypochondrie, in denen durch Regulirung des Stuhles ebenso das hauptsächlich lästige Drängen wie die Angst mit ihren Folgeerscheinungen beseitigt wird.

Meine Herren! Die circumscripte intestinale Hypochondrie findet sich, wie nicht anders zu erwarten, zuweilen auch in den weiblichen Genitalien localisirt. Ein typischer Fall der Art, den ich in der Klinik vorgestellt habe, betraf ein 22jähriges Dienstmädchen, das bis zu ihrer Erkrankung von normaler Intelligenz, aber immer leicht erregbar und zu Zornesausbrüchen geneigt gewesen war, und deren Bruder geisteskrank gestorben war. Sie sollte nach Aerger wiederholt Krampfanfälle von nicht näher zu erfahrender Form gehabt haben. Zur Zeit ihrer Vorstellung litt sie schon seit etwa zwei Jahren, wenn auch mit einigen längeren Unterbrechungen, an einem brennenden, nicht direct schmerzhaften, aber als ganz unerträglich geschilderten Gefühle in den Genitalien und im Innern des Leibes in der Unterbauchgegend. Dieses Brennen war nicht continuirlich, aber immer bald wiederkehrend. Es wurde gegen Abend schlimmer und war zeitweise mit Kreuzschmerzen, Kopfschmerzen, Schwindel und Uebelkeit verbunden. Zu gleicher Zeit klagte die Patientin über Angst im Epigastrium. Die Krankheit ging mit Unglücksgefühl, tiefer Verstimmung, Hoffnungslosigkeit einher, und Gesichtsausdruck sowie ein im Ganzen apathisches Verhalten entsprachen dieser Gemüthslage. Zur Zeit der Periode wurden die Beschwerden geringer, vor und nach derselben bestanden Kreuzschmerzen und etwas Ausfluss. Besondere Erwähnung verdient das motorische Verhalten der Kranken. Während sie für gewöhnlich

niedergeschlagen und theilnahmlos im Bett verharrte, kam es gelegentlich zu Ausbrüchen ganz unmotivirter sinnlosester Wuth, in denen die Kranke schrie, um sich schlug, biss und kratzte und ihre Umgebung total verkannte. Für diese nicht über Stunden dauernden Zufälle fehlte der Patientin nachher die Erinnerung, sie wurden jedes Mal eingeleitet durch eine Steigerung ihrer abnormen Sensationen in den Geschlechtstheilen, dann kam es, ganz nach Art einer Aura, zu dem Gefühl, als ob der Körper abstürbe und die Besinnung schwände. Wir werden nicht fehl gehen, wenn wir auch diese motorischen Aeusserungen, die das Gepräge sinnloser Wuth trugen, als eine Art Reflex von Seiten der heftig gesteigerten Organgefühle und somit als psychosensorisch durch kurzen Schluss bedingte Hyperkinese auffassen. Zur Zeit der Beobachtung litt die Patientin an Geschwüren des Muttermundes und der Vagina. Der Beginn ihrer Erkrankung sollte sich angeblich an eine Entbindung und darauf folgende Metritis angeschlossen haben. Patientin musste in Folge dieser Wuthanfälle einer Pflegeanstalt überwiesen werden. So nahe die berichteten Erscheinungen dem Krankheitsbilde der Epilepsie stehen, so sind doch typische epileptische Anfälle nie zur Beobachtung gekommen.

Bis auf die eben berücksichtigten Anfälle von motorischer Entladung, die den später zu besprechenden Dämmerzuständen sogenannter transitorischer Psychose zuzurechnen sind, kommt eine circumscripte intestinale, und zwar von den Genitalorganen ausgehende Somatopsychose in dem geschilderten Krankheitsfalle zum Ausdruck. Die nahe Verwandtschaft der Wuthanfälle mit denen der epileptischen und hysterischen Dämmerzustände ist zwar zuzugeben, wird aber nicht verhindern, sie so aufzufassen, dass die dauernd vorhandene abnorme intestinale Sensation den Ausgangspunkt auch der acuten transitorischen Anfälle bildet, so dass die letzteren im Lichte einer von den Genitalorganen ausgelösten Reflexpsychose erscheinen. In dieser transitorischen Störung ist dann allerdings die Identificationsstörung auf alle drei Bewusstseinsgebiete ausgebreitet, die motorische Entladung aber behält den Charakter der psychosensorischen Bedingtheit bei und trägt durchaus das Gepräge der somatopsychischen Rathlosigkeit. Diese Betrachtungsweise hat den Vortheil einer einheitlichen Auffassung des Krankheitsbildes für sich. Sie wird vor Allem dadurch gestützt, dass den Wuthanfällen immer eine Steigerung der localen Beschwerden voranging, ferner aber durch Erfahrungen in analogen Fällen. So habe ich ganz isolirt einen ganz ähnlichen Wuthanfall bei einem 20jährigen Mädchen beobachtet, welches ein schweres Unglücksgefühl mit Selbstmordneigung dauernd

an den Tag legte und, als sie einmal ihr verschlossenes Wesen aufgab und sich äusserte, Unterleibsschmerzen mit aller Bestimmtheit als Ursache ihres Verhaltens angab. Diese Schmerzen zeigten im Allgemeinen ein fluctuirendes Verhalten. In den häufiger wiederkehrenden Zeiten mehrtägiger Exacerbation wurden sie als krampfartig in der Gegend des Uterus und der Parametrien sitzend, mit einem bis zum Herzen aufsteigenden schrecklichen Angstgefühl verbunden und mit Vorstellungen der Unheilbarkeit und des Selbstmordtriebes einhergehend geschildert. Patientin schrie und jammerte dann laut und war durch ihre Verzweiflungsausbrüche der Ueberwachung bedürftig. Einmal wirkte eine Verbalsuggestion beruhigend, öfter musste zur Chloroformirung geschritten werden. Phantastische Krankheitsbezeichnungen fehlten vollständig. Der objective Befund an den Genitalorganen liess auf vorangegangene Masturbation schliessen (Erosionen der Vulva und Vagina mit leichtem Katarrh und Blasenbeschwerden). Ausserdem bestand eine leichte Retroversio uteri und dauernd schwere Obstipation. Der Schlaf und die Nahrungsaufnahme waren dauernd sehr gestört. Die Patientin, Verkäuferin in einem Confectionsgeschäft, stammte von einem als Sonderling bekannten Vater und wurde nach einem exquisit hysterischen Erregungsanfall, in dem sie blind um sich schlug und furchtbar schrie, veranlasst durch eine Zwistigkeit mit ihrem Chef, in die Klinik aufgenommen. Nach sechs Monaten wurde sie ebenfalls in eine Pflegeanstalt verlegt, da eine dauernde Besserung nicht zu erzielen war. Der bei uns beobachtete Wuthanfall fiel etwa in die Mitte ihres Anstaltsaufenthaltes und war angeblich durch Aerger veranlasst. Auch hier wäre es nach meiner Ansicht gezwungen, die sich aus dem übrigen Bilde heraushebende kurz dauernde transitorische Psychose anders zu deuten, als in dem vorhergehenden Falle, zumal die motorische Entladung ebenfalls einer verbreiteten somatopsychischen Rathlosigkeit entsprach. Uebrigens ist die Kranke, wohl in Folge des mächtigen Eindrucks, den die Verbringung in eine Pflegeanstalt auf sie machen musste, schon nach sechs Wochen angeblich geheilt von dort entlassen worden.

Meine Herren! Dass auch die Sinnesorgane zu krankhaften Organempfindungen und dadurch zu circumscripter hypochondrischer oder Somatopsychose Anlass geben können, zeigt der folgende lehrreiche Fall. Eine 71jährige, körperlich rüstige Frau, die bis vor $^3/_4$ Jahren als Kinderfrau fungirt hatte und auch bei genauerer Untersuchung keinerlei Zeichen geschwächter Intelligenz oder seniler Geistesstörung darbot, suchte spontan die Aufnahme in unsere Klinik nach, weil sie fürchtete, sie könnte einen Selbstmord be-

gehen. Während ihres mehr als viermonatlichen Aufenthaltes in der Klinik bot sie bis auf die der Entlassung voraufgehende Zeit der Besserung immer die gleichen Krankheitssymptome. Bei der Aufnahme vor sich hin jammernd wegen Angst am Herzen. Hauptklage ein Rauschen im Kopf. Das Rauschen ist unausgesetzt, steigert sich bei vollständiger Stille, so dass Patientin vorzieht, auf der etwas unruhigen Wachstation zu bleiben. Dieses Rauschen ist subjectiv äusserst unangenehm, lässt ihr keine Ruhe, stört ihr Denken, fesselt ihre Aufmerksamkeit. Wenn das Rauschen schlimm ist, tritt gleichzeitig eine Unruhe im Herzen und Angst auf. Schweres Unglücksgefühl, Hoffnungslosigkeit, autopsychische Angstvorstellungen mit dem Inhalt der Selbstbeschuldigungen, die sie allerdings zu gleicher Zeit zurückweist, Schlaflosigkeit, Angst vor der Stille der Nacht, wobei das Rauschen zunimmt, Gedanken an Selbstmord. Attentes Gesicht, keinerlei Defecte, gute Merkfähigkeit. Patientin besorgt sich selbst, schläft auf Schlafmittel. Dieser Zustand hatte sich nach den Angaben der Patientin und ihrer Angehörigen langsam seit vier Monaten entwickelt. Zuerst nur Rauschen in den Ohren, weshalb Patientin verschiedene Ohrenärzte aufsuchte. Dann Unruhe und Angst am Herzen. Patientin lief viel hin und her, konnte sich nicht mehr beschäftigen. Schliesslich absichtlich zu geringe Nahrungsaufnahme und Selbstmordideen. Der Zustand war Abends immer schlimmer, was sich auch in der Klinik bestätigte. In der Klinik war die Nahrungsaufnahme gut und hob sich in den letzten zwei Monaten das Körpergewicht von 52 auf 55 kg. Interessant waren die Ergebnisse der Gehörprüfung und der Ohruntersuchung. An beiden Ohren alte Veränderungen, Einziehung des Trommelfells links mehr als rechts (alte Otitis media). Bei der Aufnahme wird Flüstersprache auf 3—$3^1/_2$ m verstanden, übrigens die Angabe gemacht, dass je nach der Intensität des Rauschens besser oder schlechter gehört wird. Die ersten beiden Monate sichtliche Abnahme der Hörschärfe. Dies macht sich schon bei gewöhnlicher Unterhaltung geltend, bei Flüstersprache sinkt die Hörschärfe auf 30 cm links, 20 cm rechts. Dabei wird auffallend schlechte Knochenleitung constatirt, am Kopf oder Processus mastoideus wird die Uhr gar nicht gehört. Eine Besserung des psychischen Befindens ging in den letzten beiden Monaten dem günstigen Erfolge der Ohrbehandlung mit dem Politzer'schen Verfahren sichtlich parallel. Bei der Entlassung war zwar das Rauschen noch vorhanden, es bestand auch noch ein darauf bezügliches mässiges Krankheitsgefühl und die Sorge vor Wiederkehr des alten Zustandes, aber die Angst, das

Unglücksgefühl, die Selbstanklagen und Selbstmordideen waren beseitigt. Patientin hörte Flüsterstimme mit beiden Ohren auf 5 m, und auch die Knochenleitung erschien gebessert, wenn auch rechts schlechter als links.

Einen der merkwürdigsten Fälle verbreiteter, auch die äussere Configuration betreffender acuter Somatopsychose will ich versuchen, Ihnen nach Notizen aus der Zeit meiner Thätigkeit an der Irrenabtheilung der Charité zu schildern. Der 46jährige Arbeiter N. wurde am 6. December 1876 als Delirant in die Irrenabtheilung der Charité aufgenommen. Er war schon vorher am 8. März des gleichen Jahres auf eine innere Abtheilung aufgenommen und nach drei Tagen auf die Delirantenabtheilung verlegt, von dort aber am 31. März als geheilt entlassen worden. Die wenigen Daten, die über diese Zeit vorliegen, lassen die Diagnose eines Delirium tremens zweifelhaft erscheinen, während so viel feststeht, dass er schwere hypochondrische Beschwerden hatte (der Same fliesse ihm fortwährend ab, Brennen im Munde, der Kehlkopf sei herausgenommen), und ausserdem starken Tremor und auch andere objective Zeichen fortgesetzten Alkoholmissbrauchs, unter Anderem die bekannten Gesichtshallucinationen zeigte. Anlass zu seiner Wiederaufnahme bot sein unruhiges, auch diesmal wieder als delirant gedeutetes Verhalten. Vollkommene allopsychische Orientirung und Erinnerung an den früheren Aufenthalt, angeblich nur mässiger Alkoholgenuss voraufgegangen. Tief gefurchtes, gramvolles Gesicht mit ängstlichem, zuweilen trotzdem lächelndem Ausdruck, ängstlich beschleunigte Respiration, kein Tremor der Hände, auch nur geringer Tremor der Zunge, fortwährendes Stöhnen und Vorsichhinsprechen. Hypochondrische Vorstellungen: das Gehirn wäre ihm gefroren, er könne nicht sprechen, die Kinnbacken wären ihm so lose, die Gurgel wäre entzwei, die Zunge sei ihm angewachsen und falle ihm herunter, er könne auch nicht hören. Derartige Aeusserungen oft ohne anscheinenden Affect in ruhigem Unterhaltungstone. Antwortet einmal nicht trotz sehr lauten Sprechens, bald darauf auf Flüstersprache, sagt bald darauf: „Hören könne er schon, aber es wäre keine Spannung in den Ohren“, und fasst dabei mit den Fingern in den äusseren Gehörgang. Bejaht die Frage nach Kopfschmerz. Streckt die Zunge erst heraus, nachdem er behauptet hat, dies ginge nicht. Anamnestisch giebt er nur an, dass ihm schon seit einiger Zeit so merkwürdig sei, er aber bis zuletzt als Hausdiener fungirt habe. Pupillen ziemlich eng, gleich weit, erweitern sich bei Beschattung nur wenig. Behauptet kein Gesicht zu haben, der Kopf sei fest wie

Stein. Anderweitige Klagen: der Mastdarm sei ihm ausgerissen, der Kopf stehe verkehrt, mit dem Gesicht nach hinten. Aehnliche, ihrem Inhalt nach wechselnde Klagen, die zeitweilig wieder corrigirt wurden, während der ganzen Krankheitsdauer, darunter die Wahnidee von der verkehrten Stellung des Kopfes auffallend fixirt. Anscheinend keine Hallucinationen, auf Zuspruch nur die erste Zeit zugänglich. Allmähliche Nahrungsverweigerung mit der Motivirung, Patient hätte keinen Magen, bekäme keine Luft. Vielfach Sondenfütterung erforderlich. Schlaf nur durch Schlafmittel zu erzielen. Höchst auffallendes motorisches Verhalten während der ganzen Krankheitsdauer. Bald benutzt Patient die durch Zwischengänge getrennten Seitenlehnen benachbarter Betten wie die Sprossen einer Leiter, um darauf zu gehen, bald lässt er sich, im Bett stehend, hinten über zum Bett hinausfallen, bald wirft er sich unter Drehungen des Rumpfes gewaltsam hinaus, meist mit der Motivirung, dass sein Kopf verkehrt stünde. Vielfach durch Jammern so störend, dass er isolirt werden muss, andere Male auffallend gleichmüthige, sogar eigenthümlich lächelnde Miene bei Aeusserung seiner Beschwerden, oft monotone, an Verbigiriren erinnernde Reproduction früherer Erlebnisse: „N., willst du hier bleiben?“ „Nein, Herr Feldwebel,“ was Patient so erklärt, dass er Unteroffizier gewesen wäre und jetzt sehr bedauerte, die Aufforderung, zu kapituliren, abgelehnt zu haben. Oft Drängen in eine Ecke, sich verstecken, vor sich hinsingen ähnlicher Erlebnisse, wie des oben geschilderten, niemals eigentlich motorische Symptome. Allmählich Widerstand und blinde Abwehr gegen alle Maassnahmen, fester Anzug nothwendig, Unsauberkeit, Kräfteverfall. Vielfache Verletzungen bei den oben geschilderten Bewegungen, gewaltsames Schlagen des Kranken mit geballter Faust ins eigene Gesicht u. dergl. mehr. Schliesslich abwechselnd mit Nahrungsverweigerung oder gleichzeitig mit der Versicherung, nicht schlingen zu können, thierisches Losfahren auf den vorgehaltenen Bissen, so dass man fürchten muss, gebissen zu werden, und Herunterschlingen des Bissens in toto. Nach einer unruhigen Nacht plötzlich Beruhigung und Tod an Entkräftung am 4. Mai 1877. Der Sectionsbefund ergab neben einer sehr starken, fast unzerreisslichen Verdickung und Trübung der Pia an der Convexität, Hydrocephalus internus und externus, als Hauptbefund unzählige verkalkte Trichinen in sämmtlichen Muskeln, namentlich aber der Muskulatur des Halses. In der Regio supraclavicularis unter der tiefen Fascie eine taubeneigrosse, wenig scharf umgrenzte, eitrig durchtränkte Stelle, welche anscheinend einer vereiterten Drüse entspricht und sich nach aufwärts

in die tiefe Musculatur des Halses fortsetzt, um allmählich zu verschwinden. Eingeweide bis auf die Zeichen allgemeinen Marasmus unverändert.

Meine Herren! Die Aeusserungen somatopsychischer Rathlosigkeit, die sich in dem motorischen Verhalten dieses Kranken zeigten, waren so eigenartig, dass sie mir unauslöschlich im Gedächtniss geblieben sind. Offenbar werden sie zum Theil verständlich durch den Sectionsbefund, und namentlich dürfen wir einen inneren Zusammenhang des Eiterherdes in der tiefen Halsmusculatur mit den eigenthümlichen, oft lebensgefährlichen Sprüngen, durch die der Kranke seine vermeintlich verkehrte Stellung des Kopfes zu corrigiren suchte, annehmen. Wir werden berechtigt sein, die hier zu Grunde liegende psychosensorische Identificationsstörung als eine krankhafte (psychotisch bedingte) Paraesthesie der Lageempfindungen des Kopfes zu deuten.

Die Veränderung der äusseren Configuration des Körpers tritt uns nicht weniger lehrreich in einem Falle entgegen, den ich Ihnen nur ganz kurz skizziren will. Es handelte sich um einen 35jährigen früheren Offizier von hohem Adel und starker organischer Belastung. Seit drei Jahren zeitweilig verstimmt, war er seit einem halben Jahre in der schlimmen Verfassung, in der ich ihn kennen lernte. Seit derselben Zeit schlechter Schlaf, zeitweiliges Bettnässen, Impotentia coeundi. Bis auf eine eben angedeutete Ataxie der Beine in Bettlage, eine zweifelhaft bleibende Sprachstörung und Spuren einer rechtsseitigen Facialisparese keine nachweisbaren Symptome der Paralyse, jedoch alte Infection zugegeben. Namentlich Merkfähigkeit, Gedächtniss, Urtheil gut, nie Ohnmachten. Häufig tiefe Athemzüge. Unglücksgefühl, subjective Unfähigkeit zur Arbeit etc. seinen Klagen entsprechend. Diese beziehen sich ausschliesslich auf den eigenen Körper, in welchem Patient selbst angiebt, sich nicht mehr zurecht zu finden. Derselbe sei verändert, dick, unfläthig, ein Klumpen wie von Mehl, die Nase sei eine rothe Gurke geworden, Zunge und Mund angeschwollen, Patient könne den Mund nicht weit genug öffnen, der Stuhl sei ganz ungenügend, Patient sei bis Mitte der Luftröhre voll, das Essen und Trinken geschehe ohne Geschmack, nur aus Pflichtgefühl, andauernd bestehe ein pappiger, schleimiger Geschmack im Munde, Hals und Gurgel seien heiss und trocken wie ausgebrannt. Ein eigentliches Angstgefühl wird in Abrede gestellt. Patient musste bei Fortbestand dieser Beschwerden wegen gefährlicher Misshandlung seiner ihn aufs aufopferndste pflegenden Frau in eine Irrenanstalt überführt werden und ging dort innerhalb weniger Monate an rasch verlaufender Paralyse zu Grunde.

Meine Herren! Die vorgeführten Beispiele von hypochondrischer Psychose oder Somatopsychose mögen genügen, um darzuthun, dass es sich hier um ein Gebiet von sehr verschiedenem individuellen Gepräge der Einzelfälle handelt. Wir wollen versuchen, die ihnen allen gemeinsamen Merkmale zusammenzufassen, um auf diese Weise eine Abgrenzung gegen andere Psychosen zu gewinnen. Was zunächst die Aetiologie betrifft, so sehen wir, dass ziemlich häufig eine nachweisbare körperliche Erkrankung den Inhalt der krankhaften Identificationsstörung bestimmt. Trotzdem kann es sich hier nicht um das einfache Verhältniss von Ursache und Wirkung handeln, da die gleichen Organerkrankungen unzählige Male beobachtet werden, ohne dass irgend eine Form der Psychose daraus resultirt. Dagegen wird es gestattet sein, diese Fälle als sichere Beispiele von psychosensorischer Paraesthesie der betreffenden Organempfindungen aufzufassen. Die alte Lehre von den Lageveränderungen des Colons als Ursache von Geisteskrankheiten erscheint uns jetzt einigermaassen verständlich und sogar, mit der eben gegebenen Einschränkung, der Möglichkeit der Verwirklichung im Einzelfalle näher gerückt. Immer wird das Krankheitsbild im Wesentlichen bestimmt durch die psychosensorische Identificationsstörung von Organgefühlen, wobei es oft nicht näher zu bestimmen ist, ob Paraesthesie, Anaesthesie oder Hyperaesthesie vorliegt.

Die Localisation der krankhaften Empfindungen ist oft ganz unbestimmt und diffus, so z. B. besonders häufig im Initialstadium der progressiven Paralyse, wenn ein schweres Krankheitsgefühl auf schreckliche, unbeschreibliche Empfindungen im ganzen Körper zurückgeführt wird. Im Uebrigen kann sie sehr verschiedenartig und fast alle Gebiete des Körpers mit Einschluss der Sinnesorgane können betroffen sein, eine reine Somatopsychose wird aber nur dann angenommen werden dürfen, wenn die dadurch gesetzte inhaltliche Veränderung das allopsychische Gebiet intact lässt oder, mit anderen Worten, die Ursache dieser inhaltlichen Veränderungen nicht in der Aussenwelt gesucht wird. Diejenigen Organempfindungen also, welche ihrem Inhalt nach gesetzmässig mit Vorgängen der Aussenwelt verknüpft werden, wie z. B. die Empfindung stechender Instrumente, elektrischer Schläge, von Betastungen u. dergl. mehr, gehen immer über den Rahmen einer reinen Somatopsychose hinaus, und nicht minder das Symptom des somatopsychischen Beziehungswahns.

Das autopsychische Gebiet zeigt sich dagegen immer mehr oder weniger betheiligt, entsprechend der durch Angst oder durch

somatopsychische Rathlosigkeit bedingten Affectlage. Deprimirte, verzweifelte Stimmung, Unglücksgefühl, Hoffnungslosigkeit, autopsychische Angstvorstellungen des verschiedenartigsten Inhaltes sind immer anzutreffen. Phoneme werden auffallend häufig vermisst; wo sie auftreten, dienen sie nur dazu, die autopsychischen Angstvorstellungen und die körperlichen Sensationen in Worte zu fassen. Erklärungswahnideen sind meist, aber nicht immer zugegen. Durch sie erhalten die Sensationen ihre phantastische Deutung. Dadurch wird häufig der Begriff der Geistesstörung schon dem Laien zugänglich, wie z. B. wenn über Würmer im Gehirn, einen Frosch oder Vogel im Leibe geklagt wird. Die Angst mit ihren Lieblingslocalisationen in der Brust, im Kopfe, im ganzen Körper ist eine fast nie fehlende Begleiterscheinung. Je mehr sie ausgesprochen ist, desto mehr eigentliche Angstvorstellungen machen sich geltend, und sie kann so dominiren, dass man berechtigt ist, gewisse Fälle von Somatopsychose als hypochondrische Angstpsychose abzusondern. Die kürzlich vorgestellte Frau L.[1]) war ein Beispiel davon. Auch diese Fälle bleiben aber durch das Fehlen von allopsychischen Angstvorstellungen und Beziehungswahn gut charakterisirt.

Das motorische Verhalten der Kranken ist psychologisch verständlich, je nach den Sensationen und dem körperlichen Krankheitsgefühl bald mehr agitirt, bald bis an die Grenze der Regungslosigkeit herabgesetzt, analog verhalten sich die sprachlichen Aeusserungen. Eine besondere Wichtigkeit beanspruchen die aus den Sensationen resultirenden Selbstbeschädigungen durch Nahrungsverweigerung, Selbstmordtrieb und Handlungen der somatopsychischen Rathlosigkeit. Von solchen Handlungen mögen noch einige ganz besonders hervorgehoben werden, da sie durch ihre Ungeheuerlichkeit Interesse erregen müssen. Dahin gehören das Ausreissen der Zunge, das Abreissen der Geschlechtstheile, das Reissen an den Körperöffnungen, das Ausbohren der Augen, das Kriechen in eine Feueresse. Welche abnormen Bewegungen aus Paraesthesien des Lagegefühls hervorgehen können, haben wir an dem Beispiel des Kranken N.[2]) eben gesehen.

Es ist eine irrige, wenn auch autoritativ verbreitete Vorstellung, dass die Abgrenzung der hypochondrischen Geisteskrankheit gegen die hypochondrische Neurose dadurch gegeben ist, dass phantastische oder Erklärungswahnideen bei der letzteren vermisst werden. Vielmehr ist das unterscheidende Merkmal hier in dem Einfluss zu suchen, welchen die hypochondrischen Gefühle auf das Handeln des

1) Vgl. S. 245 ff.
2) Vgl. S. 259.

Kranken üben. Kranke, die aus Furcht, dem Selbstmord zu verfallen, selbst die Irrenanstalt aufsuchen, wie die oben geschilderte Frau B., werden auch ohne alle phantastische Deutung als geisteskrank betrachtet werden müssen, und ebenso alle die mit Nahrungsverweigerung. Aber auch sonst kann die ausschliessliche Concentration auf die krankhaften Gefühle eine Unfähigkeit der Kranken, irgend einer Beschäftigung obzuliegen und überhaupt für sich zu sorgen, bedingen. Das Gefühl, dass beim Athmen die Lungenflügel sich gegen einander reiben, und lebhafte begleitende Schmerzen ohne objectiven Befund bildete die Hauptklage einer Kranken, welche keinerlei phantastische Deutung damit verband, durch ihr schweres Krankheitsgefühl aber vollständig in Anspruch genommen und zu jeder Thätigkeit unfähig gemacht wurde. Ich habe nichts dagegen, wenn man dieses Beispiel als einen Grenzfall zwischen hypochondrischer Psychose und Neurose in Anspruch nehmen will. Unzweifelhaft als geisteskrank muss ich aber einen anderen Fall hinstellen, in welchem ein an Regungslosigkeit grenzender allgemeiner Ausfall an Motilität ohne sonstige Störung der Intelligenz durch ein unerträgliches Kitzelgefühl in den Därmen motivirt und dieses ebenfalls nicht phantastisch gedeutet wurde.

Sowohl die Angstpsychosen in reinen Fällen als die hypochondrische Angstpsychose und die übrigen Somatopsychosen sind relativ einfache, in ihrem ganzen Verlaufe von dem gleichen Symptomencomplex beherrschte Krankheitstypen. Ihre Krankheitscurve lässt sich oft ebensowohl nach Intensität als Extensität der Symptome construiren, wobei der Affect der Angst und der motorischen Rathlosigkeit für die intensive Curve maassgebend sein wird. Wo der Umfang der Symptome durch die ganze Krankheitsdauer gleich bleibt, was bei der circumscripten intestinalen Somatopsychose häufig der Fall ist, resultirt eine rein intensive Curve. Die Fälle, in denen eine Ausbreitung der krankhaften Gefühle von einer umschriebenen Körpergegend aus auf weitere Organe beobachtet wird, ergeben eine extensive Curve, von welcher die intensive Curve unabhängig sein kann. Das Verhältniss beider Curven zu einander ist vielleicht für die Prognose maassgebend, indem eine Zunahme an Extensität ohne entsprechende Affectsteigerung von ungünstiger Bedeutung zu sein scheint. Im Uebrigen hängt die Prognose in allen Fällen hauptsächlich vom Stande der Ernährung ab, jedoch nur in dem Sinne, dass die Wiederherstellung eines gewissen Körpergewichtes die Vorbedingung für die Möglichkeit der Heilung und Abwendung des letalen Ausganges bildet; keineswegs wird durch einen guten Er-

nährungszustand bei Ausbruch der Krankheit ein günstiger Verlauf gewährleistet. Immer wird das Leben bedroht. Der Ausgang in Demenz ist bei der paralytischen und hebephrenischen Somatopsychose vorauszusehen, schwere organische Belastung ist dann prognostisch ungünstig aufzufassen, wenn der Rahmen der hypochondrischen Neurose überschritten ist und unzweifelhafte Geisteskrankheit vorliegt. Im Ganzen und Grossen müssen trotzdem die acuten Somatopsychosen zu den heilbaren Geisteskrankheiten gerechnet werden.

Ob ein heilbares paranoisches Stadium bei den reinen Somatopsychosen vorkommt, müssen erst weitere klinische Beobachtungen lehren. Der Ausgang in chronische Geistesstörung dagegen scheint in Fällen, deren acuter Charakter mehr durch die Affectfärbung als durch den zeitlichen Ablauf bedingt ist, ziemlich häufig zu sein.

Meine Herren! Ganz kurz möchte ich noch eine häufig vorkommende Combination circumscripter intestinaler Hypochondrie mit dem Ihnen noch zu schildernden Krankheitsbilde der affectiven Melancholie erwähnen. Das hypochondrische Gefühl, um das es sich dabei handelt, ist meist intestinal, bei Frauen häufig von einem Globusgefühl oder von den Sexualorganen herrührend. Diese Krankheitsfälle verdienen den Namen der hypochondrischen Melancholie, der sonst viel missbraucht wird, und zeichnen sich durch absolut günstige Prognose aus, sobald die Behandlung zweckmässig, d. h. innerhalb einer Anstalt geschieht.

Meine Herren! Unserem Programm gemäss gehe ich nun zu einer kurzen Schilderung der hypochondrischen Symptome überhaupt über, wobei ich davon absehe, ob sie isolirt oder mit anderen Symptomen combinirt, und ob Erklärungswahnideen und andere Folgeerscheinungen dabei vorhanden sind oder nicht. Wenn Functionen von Organen, die normaler Weise unbewusst vor sich gehen, zur Wahrnehmung gelangen und von krankhaften Sensationen begleitet werden, so werden wir darin Beispiele psychosensorischer Hyperaesthesie erblicken müssen. Dahin gehört die Verdauungsthätigkeit des Magens oder der Därme nach Einführen von Nahrung. Von einem leichten Gefühl des Unbehagens bis zu ganz phantastischen Beschwerden gesteigert ist dies Symptom bei Geisteskrankheiten häufig anzutreffen und meist mit der Erklärungswahnvorstellung, dass schädliche Substanzen der Nahrung beigemischt seien, verknüpft. Nicht selten ist ein wirklicher Magenkatarrh der Ausgangspunkt der krankhaften Identification und führt zu der Klage eines pressenden Gefühls, als ob ein Stein in der Herzgrube läge. Die localisirte Angst bei affectiver Melancholie dürfte häufig diesen Ursprung haben.

Das Gefühl des Brennens, Wallens, Ziehens, Glühens in den Eingeweiden der Brust und Bauchhöhle kommt bei Geisteskranken vielfach vor. Das Herz bildet den Ausgangspunkt mannigfacher Beschwerden: es schlägt bald zu heftig, bald zu wenig, scheint dem Kranken still zu stehen, das Blut in den Adern zu stocken. Bei einer Kranken Kahlbaum's wurde eine schmerzhafte Empfindung am Herzen auf den Anblick der Herdflamme bezogen: das Herz würde ihr ausgebrannt. Muskelschmerzen liegen häufig einem sehr schweren Krankheitsgefühl zu Grunde, wie vereinzelte Beispiele rascher Herstellung durch Beseitigung der Muskelschmerzen beweisen. Auf Hyperaesthesie beruht es auch, wenn schon mässige Muskelanstrengung wie beim Stehen, Gehen und Sitzen ein hochgradiges Ermüdungsgefühl und dadurch die Vorstellung des Versagens aller Kräfte und somit des Herannahens des Todes erzeugt. Die Vorstellung, an Lungenschwindsucht zu leiden und deshalb dem Tode verfallen zu sein, dürfte meist auf Muskelschmerzen im Gebiete des Thorax zurückzuführen sein. Mehr intestinale Gefühle mögen es bedingen, wenn die Lungen als vereitert oder verjaucht angegeben werden, zum Theil liegt auch eine Missdeutung des ausgespuckten Rachen- und Nasenschleims vor, oft auch eine entsprechende Geruchshallucination.

Das Gehirn ist eine besonders ergiebige Quelle hypochondrischer Sensationen. Ungemein häufig begegnet man der Vorstellung, dass es sich in der Schädelkapsel bewege, ein schwappendes oder fliessendes, sickerndes, rinnendes Gefühl wird geschildert. Auch das Gefühl, dass das Gehirn schrumpfe, eintrockne, dass es glühe, zerfressen werde, wird häufig angegeben. Ein kribbelndes, kriechendes Gefühl wird auf die Hirnoberfläche verlegt und auf kleine Thierchen bezogen. Das Gefühl, dass die Hirnsubstanz durch eine äussere Einwirkung angezogen werde, führt zur Vorstellung von Apparaten und Verfolgern. Ein Kranker schilderte verschiedene Nerven, die sich im Gehirn aufrichteten, er verglich sie mit Wachskerzen von verschiedener Länge und bezeichnete genau die Stellen, wo er sie fühlte. Ein Sausen, Rauschen, Donnern wird oft ausdrücklich ins Gehirn, nicht in die Ohren verlegt.

Auf ganz merkwürdigen Sensationen muss das Gefühl des Hohlseins beruhen, wobei die Kranken häufig ausdrücklich angeben, dass die eingebrachten Speisen ins Leere fallen. Ein Kranker äusserte die Vorstellung, dass das Zwerchfell durchbrochen sei und die Luft bei jedem Athemzug in die Bauchhöhle gelange. Derartig schwere Sensationen werden besonders häufig bei Paralytikern angetroffen.

Specifisch paralytisch ist es, wenn Kranke angeben, Arbeiter sässen in ihrem Gehirn, welche ein bestimmtes Handwerk trieben und vollgepackte Wagen expedirten, wenn Kranke behaupten, ein Regiment Soldaten oder eine Fabrik oder einen Kirchthurm im Leibe oder eine Anzahl von Branntweinfässern unter ihrer Haut zu haben. Auf ganz bestimmten auch in der Norm vorkommenden Gefühlen beruhen dagegen die Angaben geisteskranker Frauen, schwanger zu sein, oder eben entbunden zu haben, oder ein schweres Unterleibsleiden zu haben.

Auch Veränderungen der äusseren Configuration werden nicht selten gefühlt. Besonders häufig wird die Schädelkapsel als weich und für den Druck nachgiebig angegeben, andere Male trifft man auf die Angabe, der Brustkorb wäre eingesunken oder verunstaltet, die Schultern nicht auf der richtigen Stelle, bald in die Höhe geschoben, bald heruntergerutscht, die Gliedmaassen wären abnorm dick oder lang. Eine junge Dame glaubte abnorm hässlich zu sein und einen Affenschädel bekommen zu haben. Sie zeichnete auch ungefähr die Form eines solchen mit sagittaler Mittelleiste auf und behauptete, im Spiegel ein Affengesicht wieder zu erkennen. Ein acut Erkrankter behauptete, sein linkes Bein rechts und das rechte links zu fühlen, eine andere, mehr als vier Arme von sehr verschiedener Länge zu haben. Ein anderer Patient erkrankte in der acutesten Weise an Anfällen schwerster somatopsychischer Rathlosigkeit und Desorientirung. Obwohl von mehreren kräftigen Männern gehalten, konnte er doch kaum verhindert werden, sich mit den Fäusten die Augen auszubohren. Die nach den Anfällen zurückbleibenden blutig suffundirten Geschwülste, von denen die zum Glück nicht verletzten Augäpfel überdeckt wurden, zeigten den Ort seiner schlimmsten Sensationen, woran sich der Kranke gleichwohl nicht zurückerinnern konnte. Dagegen sprach er sich in einem sogenannten lucidum intervallum dahin aus, das schlimmste an seinem Anfall wäre das unbeschreiblich schreckliche Gefühl gewesen, nicht mehr zu wissen, welche Lage Kopf, Rumpf und Gliedmaassen zu einander hätten, wo oben und unten, rechts oder links sei. Wenige Anfälle der Art hinterliessen einen tiefen Blödsinn. Der aus einer schwer belasteten Familie stammende Kranke ging in Jahresfrist an progressiver Paralyse zu Grunde. Die Vorstellung, abnorm klein oder abnorm gross zu sein, kehrt namentlich bei Paralytikern häufig wieder. Auch die Wahnidee irgend welcher körperlichen Umwandlung, z. B. einer Frau in einen Mann, oder der Verwandlung in ein Thier, scheint zum Theil in dem Gefühl veränderter Configuration des Körpers zu beruhen.

Als psychosensorische Paraesthesien der Sinne wird es aufzufassen sein, wenn die Kranken sich als geblendet bezeichnen und behaupten, nicht sehen zu können. Die Unempfindlichkeit gegen Schmerz haben wir z. B. bei dem oben erwähnten Kranken kennen gelernt, welcher sich gegen das Gesicht schlug, um zu demonstriren, dass er keinen Schmerz empfinde. Schmerzen hypochondrischer Entstehung sind bei Geisteskranken häufig. Sie klagen, dass sie vom Bett aus mit spitzen Messern gestochen, dass sie elektrisirt, gemartert, gefoltert, ihre Glieder gebrochen werden u. dergl. mehr. Die Schmerzen werden oft als brennend, glühend, bohrend, reissend, klopfend näher geschildert. Schmerzhafte Muskelspannungen werden durch elektrische Schläge erklärt. Eine Kranke Kahlbaum's klagte: „Was schöpft ihr mich da aus?" als sie die Wärterin die Suppe vertheilen sah. Alles dies sind unzweifelhaft Beispiele von psychosensorischer Hyperaesthesie des Gemeingefühls. Von Kranken, welche die Gewohnheit hatten, in liegender Stellung den Kopf vom Kissen abgehoben, nach vorn gebeugt zu halten, habe ich die Angabe gehört, dass sie das Gefühl hatten, dass ihnen der Kopf haltlos nach hinten übersinke. Das Verharren in abnormen Stellungen, welches wir später bei einer bestimmten Kategorie von Kranken noch häufig antreffen werden, hat wohl meist diesen Ursprung einer Identificationsstörung der Lageempfindung. Aehnlich dürfte es sich mit den sogenannten hypochondrischen Lähmungen verhalten, von denen mir ein Beispiel rechtsseitiger Hemiplegie mit Mutacismus aus der Charité erinnerlich ist. Der Sectionsbefund dieses Falles war negativ.

Als psychosensorische Identificationsstörung des Gemeingefühls complicirter Art muss das Gefühl der Cohabitation angesehen werden, worüber weibliche Geisteskranke sehr häufig klagen. Nur selten gelingt es, darüber näheren Aufschluss zu erhalten, und es wird dann entweder das Gefühl eines sich in der Vagina auf und ab bewegenden harten Körpers angegeben, oder auch, es handelt sich um eine Combination von Hallucinationen traumhafter Art, wobei Tastempfindungen und Allgemeingefühl sich zu dem ganzen Act der Cohabitation zusammenfügen. Ein ähnlicher Vorgang wird von männlichen Kranken als Betastung oder Umfassung geschildert und auf die Aussenwelt projicirt. Ueberhaupt ist die Klage geschlechtlichen Missbrauchs auch von männlichen Kranken sehr häufig zu hören.

Unbestimmtere Paraesthesien des Gemeingefühls, wahrscheinlich combinirt mit abnormen Muskel- und Organempfindungen, sind die des Angezogenwerdens, d. h. mit dem ganzen Körper nach einer

bestimmten Richtung hin, eine Empfindung, die bei einem Kranken als Reflexempfindung auftrat, wenn er die unter der Zimmerdecke brennende Gaslampe anblickte. Ferner das Gefühl, zu schweben, gehoben zu werden oder zu fallen, vielleicht zum Theil abnorme Identificationen des Schwindelgefühls, ferner die Wahnvorstellung, fliegen zu können. Diese wurde in einem Falle, den ich noch in der Charité beobachtet habe, Monate lang festgehalten und führte unter Anderem zu der misslichen Situation, dass der Kranke im Garten auf einen Baum kletterte und sich auf viel zu schwachen Aesten schaukelte, so dass ein gefährlicher Sturz unausbleiblich schien. Die Anwendung einer Feuerspritze brachte den Kranken nur dazu, seinen Ort zu wechseln und musste deshalb als nutzlos aufgegeben werden. Es lief aber Alles glücklich ab, denn der Kranke kam von selbst herunter, nachdem man ihn vollständig allein gelassen und den Garten geräumt hatte.

Fünfundzwanzigste Vorlesung.

Acute Hallucinose, Vorstellung eines typischen, in Heilung übergegangenen Falles. Aetiologie. Gefahr der Recidive.

Meine Herren!

Der Kranke, den ich Ihnen heute vorstelle, ist der 32jährige Kaufmann K. und, wie Sie sehen, ein wohlgenährter anscheinend vollständig besonnener Mann, der uns selber erzählen kann, auf welche Weise er in die Klinik gekommen ist. Er ist vor fünf Tagen des Abends selbst in die Anstalt gekommen, um hier Schutz vor vermeintlichen Verfolgern zu suchen. Er wohnt am entgegengesetzten Ende der Stadt und ist Besitzer eines Colonialwaarengeschäftes, mit dem auch ein Ausschank verbunden ist. Ihm gegenüber wohne ein Uhrmacher, der sei wohl Schuld an der ganzen Hetze. Das nehme er an, weil derselbe sich kurz vorher über die Entlassung eines Commis Seitens des Patienten missfällig ausgesprochen hätte, und weil er der Hauptschreier von der ganzen Bande gewesen sei. Als Patient gegen Abend ruhig in seinem Zimmer sass, um seine Abrechnung zu machen, hörte er plötzlich deren Stimmen: „Jetzt wird er zusammenrechnen"; er hörte dann auch die zusammengezählte Summe, welches Buch er zur Hand nehmen, und was er schreiben würde. Er schloss daraus, dass man alle seine Bewegungen sähe und seine Gedanken wüsste, vermuthlich vermittelst einer Art von Spiegelapparat, denn er glaubte auch einen Lichtschein zu bemerken und seine Verfolger auch zu sehen, obwohl dies nach Lage der Fenster ganz unmöglich war, und ihre Stimmen hörte er vermuthlich durch ein wider sein Wissen angebrachtes Telephon. Da er ausserdem auch ganz gemeine

Schimpfworte hörte, so verliess er das Zimmer, um einen Schutzmann zu suchen, der ihm Ruhe verschaffen sollte. Da er jedoch in der Nähe keinen fand, so ging er in ein benachbartes Bierlocal und ass dort Abendbrot. Dann verliess er das Local und traf nun einen Schutzmann, dem er sein Anliegen vortrug. Der Schutzmann kam denn auch mit und sagte ihm, dass er Niemanden sähe, auch Niemanden schimpfen höre, er rieth ihm an, schlafen zu gehen. In der That war auch Alles still, so lange der Schutzmann da war. Er hatte sich dann zu Bett gelegt, bald aber bemerkt, dass das alte Spiel wieder begann. Er hörte jetzt seine Gedanken nachsprechen, auch wurden ihm Gedanken eingegeben, und zwar schien ihm jetzt der Commissarius Gedanken lächerlichen Inhalts „herausziehen" zu wollen, um dann auf Grund derselben seine Bestrafung beantragen zu können. Es schien ihm, als ob ein Telephon nach dem Garten ginge und auf diese Weise seine Gedanken von den Leuten aufgefangen würden. Während er im Bett lag, hatte er die Empfindung, als ob ihm ins Gesicht geleuchtet würde. Dadurch, durch gemeine Schimpfworte, die er hörte, und durch drohende Aeusserungen, wie z. B.: „Der Kerl hat noch Abendbrot gegessen und soll doch gleich hingerichtet werden" oder: „Draussen stünden Leute, die ihn mit Steinen todtschlagen würden", gerieth er in grosse Angst und stand auf, um Schutz zu suchen. Auf der Strasse wurde er mit Halloh empfangen, alle Leute schienen ihn zu kennen, Alles lief und schrie hinter ihm her: „Jetzt kommt er, da ist er, der Lump, der Abwichser, in die Oder mit ihm!" In seiner Angst lief er planlos durch die Strassen, immer gehetzt und verfolgt von der Menge hinter ihm, und gelangte endlich athemlos und schweisstriefend in ein Bierhaus in der Nähe unserer Klinik. Dort liess er sich einen Schnaps geben und verlangte einen Strick, um sich aufzuhängen. In Folge dessen wurde er als krank erkannt und nach unserer Klinik gewiesen. Die erste Nacht hätte er hier zum grossen Theil schlaflos verbracht. Er wusste wohl, wo er sich befand, und fühlte sich etwas sicherer, hörte aber immer noch die Menge draussen schreien, die ihn nach der Oder schleppen und hineinwerfen wollte. Es schien ihm auch einmal, als ob drei Elephanten ins Zimmer kämen, da müsste er sich wohl aber getäuscht haben. Ein Pulver (Phenacetin 2,0) habe ihm dann Schlaf verschafft. Hier in der Klinik wüsste er wohl, dass ihm nichts passiren würde; Patient nimmt aber an, dass man ihn ausliefern würde, wenn man käme, ihn zu holen. Auf Befragen giebt Patient an, dass er noch jetzt am liebsten seinem Leben ein Ende machen würde, um der Angst

vor dem ihm bevorstehenden Geschick zu entgehen. Patient giebt über seine geschäftlichen Angelegenheiten klare Auskunft, wünscht aber, seine „letzten Anordnungen“ zu treffen, und erklärt, „widerstandslos folgen“ zu wollen. Die Angst sitze im ganzen Körper und sei nur zuweilen von Herzklopfen und Druck in der Magengrube begleitet. Die Angst erklärt er durch die Stimmen, die er fortwährend höre. Wörtlich führt er folgende Ausdrücke an: „Um Gottes Willen. Wird nicht hingerichtet. Das ist der Richtige, der Lumpensack, jetzt lacht er, der Doctor schreibt. Das ist erst Unsinn, dass Alles aufgeschrieben wird (bezieht sich auf Führung der Krankengeschichte), das ist ein Simulant. Irrsinnig mag er wohl sein, aber Simulant ist er auch. Was meint man zu so einem Simulanten? K. ist ein Simulant. K., hörst du nicht, du bist ein Simulant. Was soll das heissen, dass Alles nachgeschrieben wird? Der Doctor ist ein guter Mann. Der Doctor ist ein Dummkopf. Der Doctor ist ein Esel.“ Die Aufforderung des Arztes: „Passen Sie auf, ob draussen Jemand schimpft“ hat Patient nachsprechen gehört. Ebenso wurden oft Fragen, die an ihn gerichtet wurden, und seine eigenen Gedanken von den Leuten nachgesprochen. Absprechende Urtheile über die Aerzte, über den Kaiser u. dergl., die ihm ganz fern lägen, seien ihm in den ersten Tagen „in den Kopf gesetzt“ worden, später hätte er die entsprechenden Stimmen gehört. Die Schimpfworte und gemeinen Reden, die er auf dem Wege hierher gehört hatte, waren bald einzelne Stimmen, die er erkannte, bald wurden sie im Chor geschrieen, wie auf Commando. „Jetzt wird er in den Stadtgraben gehen.“ Er dachte aber: „Nein, gerade nicht.“ Er hörte von einer Depesche des Kaisers: „Innerhalb acht Tagen wird der Kopf fallen“, sah, wie der Telegraphenbote sie dem Staatsanwalt überreichte. Einige Male hätte die Verbrecherglocke geläutet, als ob es nun zu Tode ginge.

Patient zeigt sich vollkommen orientirt, kennt die Aerzte, jeden der Wärter, die Mitkranken und hat auch die Stimmen niemals auf eine dieser ihm bekannten Personen projicirt. Es sind immer die Leute da draussen, von denen er spricht. Auf Befragen giebt er an, dass er die Leute draussen oft auch gesehen habe, unter ihnen auch den Uhrmacher, der immer wieder dabei sei. Er wundert sich, dass die Leute zuweilen selbst bei seinen Mahlzeiten zugegen blieben und sich nicht entfernten. Er hat Stimmen gehört, es sei Gift in den Speisen, er solle nicht essen, hat aber trotzdem gegessen, allerdings in der Hoffnung, auf diese Weise einem schlimmeren Tode zu entgehen.

Geschmacks- oder Geruchssensationen solchen Inhaltes gehabt zu haben, bestreitet Patient. Wenn er des Abends Paraldehyd als Schlafmittel bekam, so hörte er die Stimme: „Das wird ihm schon gefallen, dass er noch Schnaps bekommt.“ Von abnormen Empfindungen giebt Patient noch an, dass es ihm oft so vorkäme, als ob er elektrisirt würde; er glaubt auch, es müsse irgendwo eine kräftige Elektrisirmaschine stehen. Interessant sind noch einige Angaben des Kranken über seine Gehörshallucinationen. Er klagt über ununterbrochenes Sausen und Summen in den Ohren. Dazu gesellt sich rhythmisches Klingeln, sobald er sich auf das Kissen legt, im Ohr der gleichen Seite. Den Rhythmus des Klingelns hat Patient wiederholt als dem Pulse synchron angegeben. Die Stimmen hört er dann auf dem anderen Ohre. Was sein Verhalten auf der Station anbetrifft, so trifft man den Patienten häufig knieend zur Seite des Bettes: er verrichtet sein letztes Gebet, da er bald geholt werden soll; auch verlässt er oft sein Bett, um sich lauschend an die Thüren zu stellen. Niemals verliert er die Orientirung, und es gelingt immer, ihn durch Zuspruch auf Augenblicke zu beruhigen. Schlaf erfolgt nur auf Schlafmittel oder, wie auch in einer Reihe von ähnlichen Fällen, auf eine Dosis von 2 g Phenacetin.

Fassen wir die wesentlichen Züge des Krankheitsbildes zusammen, so haben wir einen körperlich wohlgenährten, blühenden Mann vor uns, welcher wohl im Stande ist, in besonnener Weise Auskunft zu geben. Aus der Art und Weise seines Sprechens ist aber ein verhaltener Affect kenntlich, er ist „gefasst“, wie er selbst sagt, aber doch von fortwährender Angst gepeinigt, auch wird seine Sprechweise zuweilen hastig und der Stimmklang leicht zitternd. Auch die ausgestreckten Hände beginnen bald zu zittern. Das Hauptsymptom, wovon wir erfahren, sind die Phoneme, deren Inhalt dem Angstgefühl entsprechend theils bedrohender Natur ist, theils einer Herabsetzung seiner Person Ausdruck giebt (= allopsychische und autopsychische Angstvorstellungen). Er hört die ehrenrührigsten Behauptungen über seine Person, schimpfliche Beleidigungen, Drohungen, schildert, wie er in den Tod gehetzt wird, und ist noch jetzt eines schimpflichen Todes gewärtig. Ganz bestimmte Angaben macht er darüber, dass sein Krankheitszustand sich ganz acut und innerhalb weniger Stunden zu bedeutender Höhe entwickelt hat, dass er ferner zuerst die Stimmen gehört hätte und die Angst erst in Folge der Stimmen über ihn gekommen sei. Wie er zuerst die Leute auf der Strasse alle zusammen wie auf Verabredung die schmählichsten Verdächtigungen hätte schreien hören, stellte sich die erste ängstliche

Vorstellung des Inhalts ein, mit dem Geschäft würde es nun wohl alle sein, wenn ihn die Leute so schlecht machten. Die schwere Angst aber kam erst später, wie er auf der Strasse gejagt wurde. Auffallend sind die Erklärungsversuche, die der Kranke macht. Er ist überzeugt, dass man Telephone in seiner Wohnung angebracht habe, spricht von einem „Gedankenleser“ und schildert einen entsprechenden Apparat, den er angeblich gesehen hat, eine Lampe mit einem Spiegel darüber, von welchem elektrische Drähte ausgingen. Auch einen bestimmten Ausgangspunkt der Verfolgungen nimmt er an, indem er den Uhrmacher als Anstifter der Leute bezeichnet und ihm als Motiv unterschiebt, dass er ihn die Entlassung eines Commis entgelten lassen wollte. In allen diesen Umständen erblicken wir Anläufe zu einer Systematisirung, zu einer einheitlichen Erklärung der den Kranken ängstigenden Erscheinungen, und dies schon wenige Tage nach dem acuten Ausbruch der Psychose. Wir werden bald sehen, dass diese rasche Systematisirung für die vorliegende Krankheit geradezu charakteristisch ist. Sie beruht ohne Zweifel auf der relativen Intactheit der formalen Denkfähigkeit, wie wir denn auch gesehen haben, dass während der Demonstration der Kranke frei von Stimmen und niemals durch solche abgelenkt war. Die Gesichtshallucinationen stehen in zweiter Linie, sie treten mit Vorliebe in Combination mit den Gehörshallucinationen auf und haben zum Theil einen direct deliranten Anstrich. Andere Sinnestäuschungen, mit Ausnahme solcher des Hautgefühls (Elektricität!), sind nicht aufgetreten. Von der Realität seiner Wahrnehmungen ist der Kranke fest überzeugt, dennoch leidet die Orientirung nicht, und auch die augenblickliche Situation, während Klinik gehalten wird, beurtheilt der Kranke richtig. Der Widerspruch, der auf diese Weise entsteht, entgeht dem Kranken nicht, er tritt sogar in Form eines Phonems zu Tage, das uns der Kranke mittheilt. Er hat nämlich gehört: „Wäre er im Gefängniss, so könnte man ihn mit Gewalt nehmen; weil er im Krankenhause ist, muss man warten, bis er von selbst kommt.“

Meine Herren! Der Kranke repräsentirt eine der best abgegrenzten Formen der acuten Psychosen, die, wenn man den praktischen Hinweisen der klinischen Analyse folgen will, den Namen der acuten Hallucinose verdient. Für einen Theil dieser Fälle ist uns auch die Aetiologie wohl bekannt, es ist der Abusus spirituosorum wie für das Delirium tremens [1]), und dennoch welch anderes

1) Vgl. die folgende Vorlesung.

Krankheitsbild! Auch von unserm Kranken erfahren wir, dass er seit einigen Jahren in Folge von Aerger in seiner Geschäftsthätigkeit stark getrunken habe, in der letzten Zeit überwiegend Cognac. An Kopfschmerzen, Schwindel und unruhigem Schlaf, Klagen, die er jetzt noch vorbringt, hat er schon längere Zeit gelitten. Der Ausbruch der Psychose aber war ganz acut, wie ihn der Kranke selbst anschaulich geschildert hat. Nach den Erfahrungen ähnlicher Fälle können wir die Prognose günstig stellen und im Laufe einiger Wochen eine vollständige Heilung erwarten.[1]) Jedoch nur dann eine definitive, wenn auch dem Alkoholmissbrauch dauernd entsagt wird, sonst haben wir mit Sicherheit Rückfälle von allmählich immer schwererem Charakter zu erwarten, und der schliessliche Ausgang ist der in unheilbare chronische Psychose. Die sonst ganz analogen Fälle von nicht alkoholischer, überhaupt nicht intoxicatorischer Entstehungsursache scheinen diese Gefahr der Recidive nicht zu bieten.

Zur Vervollständigung des Krankheitsbildes erinnere ich Sie an ein Beispiel derartiger recidivirender acuter Hallucinose, welches ich Ihnen vor einigen Semestern in der Klinik vorgestellt habe. Dieser Kranke, der 45jährige Concipient und Winkeladvokat W., ist jetzt als unheilbar geisteskrank nach der Provinzialirrenanstalt zu T. übergeführt und befand sich zur Zeit seiner Demonstration in dem dritten Recidiv seiner Krankheit (im Laufe von $1^1/_2$ Jahren), übrigens dem letzten Recidiv, von dem er noch geheilt entlassen worden ist, während das $^5/_4$ Jahr darauf folgende vierte Recidiv in unheilbare Geisteskrankheit ausgelaufen ist. Dieser Kranke W., früher Elementarlehrer, war wegen Sittlichkeitsverbrechens zu dreijähriger Zuchthausstrafe verurtheilt und dadurch aus seiner normalen Laufbahn herausgerissen worden. Trotzdem hatte er sich seitdem als Concipient ehrlich und anständig durchgeschlagen und auch eine Familie gegründet. Allmählich aber gerieth er in Nahrungssorgen und ergab sich dem Schnapsgenuss, welcher zwei Jahre vor der Zeit seiner klinischen Vorstellung zum Ausbruch seiner ersten Geisteskrankheit führte. Schon diese zeigte genau das gleiche Krankheitsbild der acuten Hallucinose, welches Sie bei dem Kranken K. kennen gelernt haben. Von dem ersten Anfall wurde er nach sechs Monaten aus einer Irrenheilanstalt der Provinz als geheilt entlassen. $^3/_4$ Jahr darauf erfolgte ebenso acut das erste Recidiv, das schon in unserer Klinik behandelt wurde und bis zur Heilung nicht ganz

1) Patient ist nach im Ganzen zehnwöchentlichem Aufenthalt geheilt entlassen worden und seitdem (durch vier Jahre) gesund geblieben.

drei Monate erforderte. Schon nach etwas über drei Monaten erfolgte das zweite Recidiv, wovon er nach zweimonatlicher Behandlung geheilt entlassen werden konnte, das dritte deletäre Recidiv, wie schon erwähnt, $^5/_4$ Jahre darauf. In den Zwischenzeiten war es immer zu vollkommener Krankheitseinsicht gekommen. Ich erinnere Sie nun an das klinische Bild, welches wir damals vor uns hatten; es war erheblich schwerer als das des Kranken K. Auch dieser Kranke konnte uns über die nächsten Vorgänge vor seiner Aufnahme besonnen Auskunft geben. Aber gelegentlich steigerte sich sein Affect zu heftigster Angst und Fassungslosigkeit, so dass er auf die Kniee fiel und um sein Leben bat. Der Tremor der Stimme und der Lippen beim Sprechen, sowie der Tremor der Hände und das gedunsene, blasse und kranke Aussehen des übermässig fettleibigen Patienten wiesen auf eine weiter vorgeschrittene alkoholistische Entartung hin. In hastiger, überstürzter Weise berichtete er, dass er kurz vorher eine neue Wohnung bezogen habe. Als er dort zum ersten Mal aus dem Fenster heraussah, bemerkte er, dass die Menschen so eigenthümlich hin- und hergelaufen wären, zu ihm hinaufgesehen und Bemerkungen über ihn gemacht hätten; er konnte daraus entnehmen, dass seine ganze Vergangenheit unter die Leute gebracht worden sei. Man schrie bald auch auf der Strasse hinter ihm her, sang Spottlieder, pfiff ihn aus. „Rechtsanwalt, Linksanwalt, Volksanwalt, der Schuft von Concipient, der Lumpenkerl, Spitzbube, Hurenkerl, der Schuft hat seine Tochter genothzüchtigt. Den wird schon der Staatsanwalt herauswerfen. Unter dem Brunnen soll er vollgepumpt und aufgeschnitten werden, dann in die Pfütze mit ihm, hinrichten.“ Auch über seine Frau und seine Tochter hörte er die schlimmsten Dinge. „Mistvieh, alte Hure, Kupplerin, ins Zuchthaus abgeholt. In eine Kuhhaut soll man sie einnähen und betteln schicken.“ Unter den Stimmen erkannte er besonders die von zwei Polizisten, die in seinem Hause wohnten, aber auch Kinderstimmen, Thierstimmen und Trommeln mischten sich ein. Die Hunde bellten: „Der Wenzel kommt, der Wenzel kommt, der Wenzel ist schon da.“ Ausserdem klagte der Kranke, dass man ihm durch das Fenster hindurch irgend etwas ins Gesicht gespritzt und ihm Oleum (Schwefelsäure) in den Schnaps gegossen habe, damit ihm der Kopf aus einander ginge, denn er fühle, wie sein Kopf geschwollen sei. Auch dieser Patient war den gleichen Sinnestäuschungen auch in der Klinik unterworfen, er hörte die Stimmen theils von der Strasse her, theils aus den Oeffnungen der Luftheizung, aus letzteren meinte er auch

mit Morphium angespritzt zu werden. Auf der Abtheilung blieb er meist „auf Alles gefasst“ ruhig im Bett liegen, in der Erwartung, von Stunde zu Stunde zur Hinrichtung abgeholt zu werden. Zeitweilig steigerte sich die Angst zu leichter motorischer Unruhe und Annäherungsfurcht, besonders in der Nacht, und starke Schweisssecretion trat ein. Auch dieser Kranke entwickelte von vorn herein ein Verfolgungssystem. Als Winkeladvocat hätte er wiederholt in Eingaben für seine Clienten gegen den Staatsanwalt plaidirt; die ganzen Verfolgungen seien von diesem angestiftet, auch die Polizisten handelten in dessen Auftrage. Man wolle ihn auf diese Weise ruiniren und um sein Brot bringen. Trotz der Heftigkeit des Anfalles war derselbe doch nur von kurzer Dauer, da schon nach etwa acht Tagen Beruhigung eintrat und in den nächsten Wochen allmählich vollkommene Krankheitseinsicht sich einstellte. Als charakteristischer Zug ist noch zu erwähnen, dass der Kranke freiwillig zur Anstalt gekommen war, weil er sich krank fühlte und fürchtete, das Delirium tremens zu bekommen, und dass er in dem nächst vorangegangenen Recidiv und auch früher schon Selbstmordversuche gemacht hatte. Auch dieser Kranke hatte trotz der für wirklich gehaltenen Sinnestäuschungen die Orientirung über Aufenthalt und Umgebung niemals verloren.

Ein ausgeprägtes paranoisches Stadium von verschiedener, meist allerdings nur einige Wochen betragender Dauer scheint in den zur Heilung gelangenden Fällen immer vorhanden zu sein, bedingt durch das Abblassen der Sinnestäuschungen bei Festhaltung des schon vorher gebildeten Systems. Gewöhnlich aber tritt allmählich der Angstaffect zurück, während die Sinnestäuschungen noch fortbestehen, jedoch das Allgemeinbefinden kehrt zur Norm zurück, und es wird ein chronischer Zustand des physikalischen Verfolgungswahnes oder sonst eines Verfolgungssystemes vorgetäuscht, der den Unerfahrenen nach wochenlangem Bestehen durch sein plötzliches Verschwinden wohl in Erstaunen setzen kann. Ein Kranker der Art konnte nach Ueberstehen seines acuten Stadiums, in welchem auch ein Selbstmordversuch stattgefunden hatte, unter Ueberwachung eines Wärters in seiner Wohnung verpflegt werden, glaubte aber das Haus von Polizisten umstellt und sich durch Telephonanlagen und optische Apparate dauernd beobachtet.

Meine Herren! Das Krankheitsbild, welches Sie jetzt kennen gelernt haben, ist verhältnissmässig so häufig anzutreffen, dass ich nicht zweifle, dass es den meisten Irrenärzten schon vertraut ist. Dennoch ist es noch nicht genügend als selbstständiges Krankheitsbild

hervorgehoben und von verwandten Zuständen abgegrenzt worden. Die beste Schilderung davon finde ich noch in der These von Marcel[1]), worin namentlich die acute Entstehungsweise, die Häufigkeit von Selbstmordversuchen, der ehrenrührige und phantastisch bedrohliche Inhalt der Phoneme und das Ueberwiegen der Gehörshallucinationen in dem klinischen Bilde zutreffend geschildert worden ist.

Als Aetiologie der acuten Hallucinose ist für die überwiegende Mehrzahl der Fälle die chronische Alcoholintoxication festzustellen. Es giebt aber seltenere Fälle, in denen der Alcoholmissbrauch mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann; ein Fall derart zeigte ausgesprochene Familiendisposition zu geistiger Erkrankung. Wo Alcoholismus als Ursache nachgewiesen ist, macht sich doch das ursächliche Verhältniss ganz anders geltend als beim Delirium tremens; denn die acute Hallucinose pflegt mit Vorliebe nach grösseren Alcoholexcessen, das Delirium dagegen bekanntlich nach Zeiten der Abstinenz aufzutreten.

Diagnostisch ist das Krankheitsbild namentlich nach drei Richtungen genauer abzugrenzen, nämlich nach der Seite des Delirium tremens als der häufigsten Form der Alcoholpsychose, nach der einfachen acuten Angstpsyochose und nach der der von vorn herein chronisch sich entwickelnden Fälle, welche ich früher[2]) als chronische Hallucinose gekennzeichnet habe. Vom Delirium tremens ist die Krankheit leicht zu unterscheiden, weil ihr das fundamentale Symptom des ersteren, die allopsychische Desorientirtheit im engeren Sinne, gänzlich abgeht. Doch kommen zuweilen Uebergangsfälle vor, sei es, dass zeitweilig combinirte Hallucinationen das Bild der acuten Hallucinose trüben und auch zeitweilig die dem Delirium tremens zukommende Bewegungsunruhe hervorrufen, sei es, dass in einem sonst gut charakterisirten Delirirum tremens durch Ueberwiegen der bedrohlichen Phoneme das Krankheitsbild mehr dem der acuten Hallucinose genähert ist. Differenzialdiagnostisch gegen die acute Angstpsychose, die demnächst zu Verwechselungen Anlass geben kann, ist zu bemerken, dass die principielle Uebereinstimmung beider Krankheitsbilder insofern zugegeben werden muss, als der beschimpfende und phantastisch bedrohliche Charakter der Phoneme und somit ihre Entstehung aus Angstvorstellungen autopsychischer und allopsychischer Art zweifellos beiden gemeinsam ist. Aber bei den Angstpsychosen überwiegen ganz gewöhnlich die autopsychischen Angstvorstellungen des Kleinheitswahnes, und diese sind nicht so überwiegend in Pho-

1) De la folie causée par l'abus des boissons alcoholiques, Paris 1847.

2) Vgl. S. 164 und 165.

neme gefasst, wie hier. Ferner ist das ganze Krankheitsbild der acuten Hallucinose mehr continuirlich, nicht in so hohem Grade durch die Affectschwankungen beeinflusst, wie das der acuten Angstpsychose. Ausserdem kehrt aber die Angabe der an acuter Hallucinose Erkrankten, dass die Stimmen zuerst und erst später die Angst aufgetreten seien, zu oft wieder, um nicht praktische Berücksichtigung zu verdienen, besonders da bei den Angstpsychosen ganz gewöhnlich die entgegengesetzte Angabe gemacht wird. Specifisch der acuten Hallucinose eigenthümlich scheint das Auftreten massenhafter Phoneme mit dem Inhalt des autopsychischen und allopsychischen Beziehungswahnes zu sein. Endlich ist die rasche inhaltliche, und zwar allopsychische Bewusstseinsfälschung, die Entstehung des physikalischen und meist bald auch altruistischen[1]) Verfolgungswahnes in hohem Maasse für die acute Hallucinose charakteristisch, während sie bei der acuten Angstpsychose mit Ausnahme gewisser seltener in chronische Progression verlaufender Fälle[2]) fehlt. Gegen die chronische Hallucinose gelingt die Sonderung des Krankheitsbildes in jedem Falle leicht[3]), sobald die acute Entstehungsweise anamnestisch hinlänglich sicher gestellt ist. Anlass zu einer Verwechselung könnte hier nur der Umstand geben, dass die Aetiologie des Alcoholismus nicht selten auch für die chronische Hallucinose gilt, während das systematische Gepräge des physikalischen Verfolgungswahns, der nach einer noch jetzt verbreiteten Anschauung nur den chronischen und unheilbaren Fällen zukommen soll, gerade auch ein Merkmal der acuten Hallucinose ist. Uebrigens scheinen die Fälle chronischer Hallucinose auf alcoholischer Basis durch die Beimengung ausgesprochener Degenerationszeichen immer auch im Rahmen der chronischen Psychose ihr besonderes Gepräge zu erhalten.

Der Krankheitsverlauf ist durch den ganz acuten, raschen Anstieg und weiterhin das descendirende Verhalten der Krankheitscurve genügend charakterisirt.

Die Behandlung der acuten Hallucinose ist wenigstens zur Zeit der acuten Symptome nur innerhalb einer Irrenanstalt möglich. Auf die Gefahr des Selbstmordes dabei ist wiederholt hingewiesen worden. Im paranoischen Stadium wird ausnahmsweise, bei sehr sorgfältiger Ueberwachung, eine Behandlung auch in Privatverhältnissen möglich sein. Es ist dann strenge Bettbehandlung durch-

---

1) So möchte ich vorschlagen, den gegen bestimmte Personen oder Kategorien von Personen gerichteten Verfolgungswahn zu bezeichnen.

2) Vgl. Anmerkung zu S. 243.

3) Vgl. dagegen Fall 10 des 1. und Fall 3 des 2. Heftes der „Krankenvorstellungen“.

zuführen, für Schlaf und hinreichende Ernährung zu sorgen und gelegentliche Angstanwandlungen durch Opium zu bekämpfen. Bei Alcoholisten ist absolute Abstinenz erforderlich, eine Einschränkung des Alcoholgebrauchs ist meist nicht hinreichend, gelegentlichen Excessen und in Folge davon Recidiven vorzubeugen.

Die Prognose scheint für die ersten Anfälle der Krankheit absolut günstig zu sein, nur die bald zu besprechende Ausnahme ist zu berücksichtigen. Je mehr Recidive vorgekommen sind, desto zweifelhafter wird der günstige Ausgang des an sich schwerer gefärbten Krankheitsbildes, und schliesslich führt ein Recidiv zur unheilbaren chronischen Hallucinose hinüber. Stets scheint fortgesetzter Alcoholismissbrauch die Recidive zu verschulden.

Wie wir es von den meisten einfachen Psychosen kennen lernen werden, ist auch die acute Hallucinose nicht selten nur das mehr oder weniger reine Anfangsstadium einer rasch anwachsenden sensorischen Psychose, welche den Namen der acuten progressiven Hallucinose verdienen würde. Meist tragen diese Krankheitsfälle schon von vorn herein ein schwereres Gepräge, die Kranken verhalten sich mehr ablehnend, der Behandlung unzugänglich, zeigen Annäherungsfurcht, ohne dass delirante Beimengungen diese erklären. Die Phoneme sind nicht in so hohem Grade überwiegend, sondern Tasthallucinationen, Geruchs- und besonders Geschmackshallucinationen spielen bald eine auffallend grosse Rolle, und dem entsprechend tritt besonders die praktisch so gefährliche Vorstellung der Vergiftung auf. Dennoch können die überwiegenden Züge der acuten Hallucinose, die erhaltene allopsychische Orientirung und das Fehlen jeder formalen Denkstörung, durch Wochen anhalten, bis die dann bemerkliche Steigerung des Abwehraffectes und das Hinzutreten neuer Symptome die Progression des Krankheitsbildes beweisen. Es scheinen in diesen Fällen immer rasch auch motorische Symptome hinzuzutreten und ein Zustand schwerer Verwirrtheit mit Desorientirung auf allen drei Bewusstseinsgebieten zu resultiren.

Sechsundzwanzigste Vorlesung.

Vorstellung eines Alcoholdeliranten. Krankheitsbild. Aetiologie. Diagnose. Behandlung. Sectionsbefund.

Meine Herren!

Der 35 jährige Klempner H.[1]), den Sie hier vor sich sehen, macht zunächst einen geordneten, besonnenen Eindruck. Auf die Fragen, die man an ihn richtet, antwortet er prompt und anscheinend überlegt. Er erzählt auf Befragen einen Abriss seiner Lebensgeschichte, berichtet über seine Militärzeit, wo er gedient hat, wie es ihm da ergangen sei, wie sein Hauptmann hiess, die Unteroffiziere, eine Anzahl von Kameraden, wo er dann wieder Arbeit gefunden habe, für welche Geschäfte er jetzt arbeite, wann und wen er geheirathet habe, wie viel Kinder er habe, wie sie heissen, wo er wohnt. Auch die gewöhnlichen bei ihm vorauszusetzenden Kenntnisse hat er zur Hand. Er weiss die Hauptdaten des letzten Krieges, weiss von Bismarck, Moltke, von den drei Kaisern, von seiner Betheiligung bei der Wahl, zeigt sich in den Strassen der Stadt orientirt, kann den Lauf der Oder ungefähr beschreiben u. dergl. mehr. Bei seiner ruhigen Sprechweise und der attenten Art seiner Antworten ist es nur auffällig, dass er nicht weiss, wie er hierher gekommen ist. Er glaubt, erst seit heute hier zu sein, während er vorgestern Abend aufgenommen worden ist. Was ist denn das hier für ein Ort? Ein Kanzleibureau am Oberschlesischen Bahnhof. Ob ich ihm bekannt sei? Jawohl, ich sei der Herr Stationsvorsteher oder Bahnhofsinspector. Zu welchem Zwecke er hier sei? Um Angaben über seine Personalien zu machen und eventuell in den Dienst eingestellt zu werden. Patient verspricht hoch und theuer, immer seine volle Schuldigkeit zu thun. Wer die Zuhörer seien? Kanzleigehülfen, die die Verhandlung aufnehmen

---

1) Acht Tage nach der Vorstellung geheilt entlassen.

sollen. Der Stationsarzt, der ihn bisher behandelt hat, wird ihm gezeigt: „Den Herrn kenne er sehr gut, das sei der Bahnarzt, der ihn vor einiger Zeit am Rheumatismus behandelt und immer vor dem Trinken gewarnt habe.“ Patient wird auf seine Krankenkleidung aufmerksam gemacht: „Das seien Lazarethkleider, vom Arzt verordnet, weil der Schnapsgeruch seiner gewöhnlichen Kleidung anhafte und dies bei der Arbeit schädlich sei.“ Auf Befragen nach Schnapsgenuss giebt Patient an, täglich für 50 Pf. zu trinken, verschwört sich aber, kein Trinker zu sein.

Das Krankenexamen enthüllt uns also eine totale Verkennung der augenblicklichen Situation und zwar im Sinne der dem Patienten aus seiner täglichen Beschäftigung geläufigsten Vorstellungen. Das Ergebniss des Krankenexamens lässt sich bis jetzt dahin zusammenfassen, dass wir es mit einem Kranken zu thun haben, der im Gegensatz zu einer fast vollkommen (bis auf die zwei letzten Tage) erhaltenen autopsychischen Orientirung eine hochgradige allopsychische Desorientirtheit zeigt.

Sie werden nun bemerken, dass das attente, zusammengeraffte und vollkommen wache Wesen des Patienten sich ändert, sobald wir ihn sich selbst überlassen. Patient beginnt mit den Blicken umherzuirren, steht auf, bückt sich, als ob er etwas suchte, scheint Gegenstände aufzulesen, geht zur Wand, manipulirt mit den Händen daran, stemmt sich dagegen, kurz, er scheint vollständig abwesend zu sein und zu deliriren. Ein Zuruf genügt, um ihn wieder zu attentem Verhalten und auf seinen Platz zurückzuführen.

Wir fragen den Kranken, ob er das Bild an der Wand kenne (ein Porträt Th. Meynert's, mit dessen Namenszuge darunter), er antwortet prompt, es wäre Kaiser Friedrich, und die Unterschrift

Theodor Meynert. (Autograph.)
Med. Dr. Theodor Meynert.
k. k. Hofrath o. ö. Professor a. d. Universität Wien etc.
gestorben den 31. Mai 1892.

liest er:

„Theodor Mehlquot
Paul Theodor Theodor Mehlquot
k. k. Kauf a. u. k. k. Preesser a. d. Unterurdisch in Wunde
abgeordnenedeten.
gesalbten 31 Mai 1892.“

Wir veranlassen ihn, weiter die Wand zu fixiren, und fragen dann, was er sieht; er antwortet: „Militär, der Kaiser ist auch dabei, sie exerciren gerade.“ Ob er etwas hört: „Hurrah schreien.“

Auf Befragen, und während man ihn die Wand fixiren lässt, schildert er ganze Vorgänge, die sich angeblich abspielen sollen. Plötzlich beginnt er zu lachen: „Bismark reitet auf einem Stachelschwein.“ Nun weisen wir den Patienten auf den Fussboden, er soll nachsehen, was sich da bewegt; er bückt sich und beginnt Ameisen und Milben zu sammeln, die er dann aus der Hand auf den Tisch entleert. Da man nun seine Aufmerksamkeit auf die Tischplatte lenkt, so behauptet er, dort auch Pferde und Krupp'sche Kanonen zu sehen, allerdings in winziger Gestalt. Aus den Bewegungen des Patienten lässt sich mit Sicherheit entnehmen, dass er an die Wirklichkeit der Vorgänge, die er schildert, auch glaubt. Ueber Widersprüche, die dem Gesunden auffallen müssten, geht er mit merkwürdiger Urtheilslosigkeit hinweg, so wird er bei der Schilderung der militärischen Uebungen gefragt, wie weit entfernt etwa das Militär stehe, und giebt prompt an, etwa acht Meter. Auf die Aufforderung, nahe heran zu gehen, nähert er sich der etwa zwei Meter entfernten Wand und bleibt dann stehen, weil er nicht weiter könne. Ueber die Art des Hindernisses ist nichts Genaueres von ihm zu erfahren.

Wenn wir die Eigenartigkeit der Sinnestäuschungen, die wir den Patienten erleben sehen, kennzeichnen wollen, so muss uns sofort die Aehnlichkeit derselben mit Traumeserlebnissen auffallen. Wie im Traume handelt es sich nicht um Hallucinationen eines einzelnen Sinnes, sondern um eine Combination von Hallucinationen mehrerer Sinne, und zwar in der Art, dass dadurch ganze Erlebnisse mit dem vollen Anschein der Wirklichkeit von dem Kranken mit angesehen, gehört, gefühlt werden. Wir haben diese besondere Art von Hallucinationen wegen ihrer Aehnlichkeit mit den Traumeserlebnissen als traumhafte Hallucinationen bezeichnet[1]) und machen die Erfahrung, dass sie besonders in solchen Zuständen vorkommen, bei denen eine dem Schlafe verwandte Trübung des Sensoriums beobachtet wird, weshalb sie unter dem Namen der Dämmerzustände zusammengefasst werden. Liegt nun ein solcher Dämmerzustand auch bei unserem Kranken vor? Für die Zeitabschnitte, in denen der Kranke sich selbst überlassen herumsucht, wird man diese Frage (trotz offener Augen und erhaltener Bewegungsfähigkeit) bejahen müssen, ganz anders aber wird die Antwort ausfallen müssen für diejenige Zeit, in welcher der Kranke vollkommen wach und attent jede an ihn gerichtete Frage beantwortet und, wie er auf Befragen versichert, auch keinerlei Sinnestäuschungen unterworfen ist. Wenn er in solchen Zeit-

1) Vgl. S. 197.

abschnitten, die nach Belieben ausgedehnt werden können, dennoch vollkommen die Situation verkennt, so werden wir mit logischer Nothwendigkeit zu dem Schluss geführt, dass die naheliegende Annahme, die Desorientirung sei durch die Sinnestäuschungen bedingt, nicht zutreffe, besonders wenn wir erwägen, dass die Verkennung der Situation einen ganz stabilen Charakter trägt und sich ihrem Inhalte nach durch Stunden und Tage lang gleich bleibt, während die Sinnestäuschungen einem fortwährenden Wechsel unterworfen sind. Man könnte etwa auch daran denken, dass die Sinnesorgane selbst mangelhaft functioniren, z. B. eine nachweisbare Störung des Seh- und Hörvermögens vorliege und dadurch die Desorientirung bedingt werde. Aber abgesehen davon, dass die Analogie mit allen anderen Geisteskranken dem widerstreitet, gelingt es auch in geeigneten Fällen direct den Nachweis zu führen, dass eine derartige Störung nicht vorliegt, und auch bei unserem Kranken liess sich feststellen, dass er normale Seh- und Hörschärfe hat. So bietet denn der Kranke ein lehrreiches Beispiel gestörter secundärer Identification, wobei wir die nicht so häufige Gelegenheit haben, den Vorgang selbst dieser Identificationsstörung als Zuschauer zu beobachten.

Wir werden die Erscheinung, die wir hier in seltener Reinheit vor uns sehen, unter die psychosensorische Anaesthesie bezw. Paraesthesie unseres Schemas rubriciren müssen. Die allopsychische Desorientirung ist uns als nothwendige Folge dieser Identificationsstörung leicht verständlich. Die Verkennung der Personen und der Situation geschieht nach den schon in der Einleitung hervorgehobenen Normen[1]) und gehört zweifellos in das Gebiet der optischen Illusionen. Daneben aber bleibt die Ausfallserscheinung, das Nichtwiedererkennen, doch sehr bemerkenswerth; denn auch die Begriffe des Krankenhauses, der Klinik, des Auditoriums sind dem Kranken ganz bekannt und geläufig — wie später durch einen Versuch festgestellt werden konnte.

Meine Herren! Wie Sie schon bemerkt haben werden, haben wir es hier mit einem typischen Fall von Delirium tremens zu thun. Wir werden deshalb nicht fehl gehen, wenn wir die eben geschilderten Symptome auf die Giftwirkung des Alcohols zurückführen. Diese Giftwirkung kann natürlich nur dadurch zur Geltung kommen, dass sie die Nervenelemente entweder reizt oder lähmt. Offenbar ist nun eine der Lähmung entsprechende Ausfallserscheinung hier zu beobachten, nämlich die allopsychische Desorientirtheit, und

---

1) Vgl. S. 230.

wir werden also annehmen dürfen, dass diejenigen complicirten Anordnungen von unter einander associirten Erinnerungsbildern, die das Wiedererkennen der augenblicklichen Situation ermöglichen, hier gelähmt oder unerregbar geworden sind. Es ist nun vielleicht kein Zufall, dass auch die Reizwirkung sich so geltend macht, dass die analogen Anordnungen von Erinnerungsbildern, welche ganzen Situationen und Erlebnissen entsprechen, mit krankhafter Deutlichkeit spontan auftauchen. In dieser Combination von Lähmung und Reizung der, wie wir sie nennen können, allopsychischen Bewusstseinselemente werden wir die specifische Eigenthümlichkeit der vorliegenden Krankheit erblicken müssen.

Fast pathognomonisch für das Delirium tremens ist es, dass wir im Gegensatz dazu auf eine wohl erhaltene autopsychische Orientirung stossen. Nur für die Krankheitszeit selbst besteht ein autopsychischer Defect.

Mit dem Vorstehenden sind übrigens die Symptome des Delirium tremens noch nicht erschöpft. Sie haben vielmehr gerade jetzt während meiner Besprechung des Falles Gelegenheit gehabt, noch ein anderes wichtiges Hauptsymptom zu beobachten, nämlich die eigenthümliche Bewegungsunruhe, in der sich der Kranke befindet. Sich selbst überlassen, hat er fortwährend etwas zu thun, er sucht, nestelt an seinen Kleidern, fängt an, sich zu entkleiden, klopft an die Wand, stemmt sich dagegen, reibt und putzt an ihr und ist immerwährend beschäftigt. Alle diese Bewegungen sind zwar von Tremor begleitet, aber zweckmässig und coordinirt und offenbar bestimmten Situationen angepasst, in denen sich der Kranke zu befinden glaubt. Sie hören mit dem Augenblick auf, wo man den Kranken anruft und durch energisches Fragen ins volle Bewusstsein zurückruft. Wie Ihnen bekannt ist, pflegt man diese Bewegungsunruhe als Beschäftigungsdelirium zu bezeichnen, welches also durch die wechselnden combinirten Hallucinationen vollständig erklärt ist. Selbstständige motorische Symptome sind dem typischen Delirium tremens fremd.

Auch ein anderes Hauptsymptom des Delirium tremens, die absolute Schlaflosigkeit, werden wir berechtigt sein, auf die erregende Wirkung der traumhaften Hallucinationen zurückzuführen. Wenigstens bezeichnet das Eintreten spontanen Schlafes ganz gesetzmässig den Zeitabschnitt, mit dem die combinirten Hallucinationen ihr Ende erreichen, während die allopsychische Desorientirtheit und der Glaube an die Realität der traumhaften Erlebnisse noch Tage lang fortbestehen kann — natürlich auch unter Fortfall der vorher vorhandenen Bewegungsunruhe.

Wir wenden uns nun unserem Kranken wieder zu, um noch eine Reihe anderer wichtiger Symptome festzustellen. Schon bei dem ersten Krankenexamen wird Ihnen die vibrirende, ungleichmässig intonirte Stimme des Kranken aufgefallen sein, ebenso haben Sie bei seinem Beschäftigungsdelirium den auffälligen Tremor seiner Bewegungen wohl bemerkt. Der gleiche Tremor macht sich während des Sprechens an den Lippen und im ganzen Gesicht geltend. Wie Sie sehen, wird auch die Zunge nur unter starkem Tremor hervorgestreckt. Aber dies ist nicht die einzige Störung der Sprache, sondern wir bemerken auch bei allen schwereren Wörtern eine gröbere Art der Sprachstörung, die wir sonst nur bei zwei anderen wohl bekannten Krankheiten, der Meningitis und der progressiven Paralyse, antreffen und als Sylbenstolpern bezeichnen. Zur Feststellung dieses Symptoms bedienen wir uns zweckmässig gewisser Probewörter, wie Civilisation, Armeereorganisation, Guiglelminetti, Exterritorialität u. a. Auch Andeutungen von Paraphasie treten uns bei unserem Kranken entgegen, sobald wir ihn einer Leseprobe unterwerfen, und die Schreibprobe ergiebt ein ganz ähnliches Resultat, wie bei vielen Paralytikern, nämlich Paragraphie. Endlich muss ich noch erwähnen, dass viele Kranke beim Hervorstrecken der Zunge eine Ungeschicklichkeit und Unbeholfenheit zeigen, die ebenfalls sonst nur den oben schon genannten schweren Krankheiten eigen ist. Wie Sie schon gesehen haben werden, hat der Kranke auch ein etwas schiefes Gesicht: der rechte Facialis ist in Ruhelage weniger innervirt als der linke, und auch die Functionsprüfung ergiebt ein Zurückbleiben der rechten Wangenmusculatur. Nicht selten wird auch ein Abweichen der Zunge beobachtet als Zeichen halbseitiger Hypoglossusparese.

Ausser diesen directen Lähmungssymptomen fällt uns bei dem Kranken eine allgemeine Hinfälligkeit auf. Da er gedient hat, lassen wir ihn Kehrt machen und bemerken, dass er dabei taumelt. Ebenso erscheinen seine Bewegungen bei complicirteren Aufgaben, wie z. B. auf einen Stuhl zu steigen, ungeschickt und unbehülflich. Das Gepräge eines schwereren Krankheitsbildes wird dann bestätigt durch einen beschleunigten (120), kleinen und weichen Puls und eine nachweisliche Fiebertemperatur von 38,5° bei stark belegter Zunge und leichter Druckempfindlichkeit der Magengegend. Da alle anderen Organe gesund gefunden werden und auch die Excrete keine abnormen Bestandtheile aufweisen, so schliessen wir auf das Bestehen eines fieberhaften Magenkatarrhs. Wegen der im Verhältniss zu dem Ernährungszustande des Kranken recht auffälligen Herzschwäche sind wir genöthigt, eine zweifelhafte Prognose zu stellen; wir werden aber

die Herzthätigkeit durch Verabreichung von Kampher zu stärken suchen und etwa drohendem Collaps durch einen kräftigen Schnaps begegnen müssen.

Das klinische Bild, das unser Kranker bietet, ist mit einer überwiegend heiteren, jovialen, zu Spässen aufgelegten Stimmungslage verbunden, wie denn auch die combinirten Hallucinationen den gleichen Charakter zeigen, man denke nur an den Bismark auf dem Stachelschwein. Diese überwiegend heiter gefärbte Stimmung scheint zwar der Majorität der Fälle zuzukommen, ist aber durchaus nicht gesetzmässig. In einer sehr grossen Minderheit der Fälle, und wie es scheint, besonders den schwer verlaufenden, überwiegen die ängstlichen Vorstellungen und Sinnestäuschungen: Teufel, der Henker, schwarze Männer, Räuber, wilde Thiere werden hallucinirt und entsprechend angstvolle Scenen erlebt, oder auch die Wände rücken zusammen oder drohen einzustürzen, Wasser steigt höher und höher u. dergl. mehr. Combinirte Tast- und Gesichts- und Gehörshallucinationen wie z. B. die eines Brandes, herannahender und packender Verfolger, des aufsteigenden und rauschenden Wassers, von Schlangen, Krebsen, Ratten und sonstigem ekelhaftem Ungeziefer, sind nicht selten die Ursache rücksichtsloser Fluchtversuche oder Veranlassung zu Selbstmordversuchen. Wenn der Alcoholmissbrauch eine Strafe verdient, so wird sie denen reichlich zu Theil, welche ein solches angstvoll gefärbtes Delirium durchmachen.

Die Bewegungsunruhe der Kranken trägt dann ebenfalls das Gepräge dieser Sinnestäuschungen: Ratten, Schlangen und Kröten werden abgewehrt, fortgeschleudert, abgestreift, Sätze und Schwimmbewegungen gemacht, ein den Ausgang verlegendes Hinderniss mit Aufbietung aller Kräfte fortbewegt, oder der Kranke arbeitet sich ab, — frei im Bette liegend — irgend welche vermeintliche Fesseln, die er fühlt, zu zerreissen oder abzustreifen. Profuse Schweisssecretion pflegt gerade diese ängstlichen Delirien zu begleiten als leicht verständliche Folge der zwecklosen Muskelarbeit.

Im Allgemeinen kommt es bei den Deliranten nur relativ spärlich zu sprachlichen Aeusserungen. Meist beschränken sich die Kranken auf ein leises Murmeln, oder sie verhalten sich auch ganz lautlos, und nur gelegentliche Commando- oder Hilferufe geben kund, dass sie nicht bloss zuschauende, sondern handelnde Personen in ihren Pseudoerlebnissen sind.

Die Nähe des erlösenden Schlafes pflegt sich dadurch anzuzeigen, dass der Affect der Pseudoerlebnisse und dann auch die Bewegungsunruhe nachlässt, dass sich Augenblicke einstellen, in

denen die Kranken deutlich schlummersüchtig werden, bis endlich der wirkliche, tiefe Schlaf sie, oft in recht unbequemer Stellung, übermannt, ein Schlaf, aus dem heraus zunächst noch einzelne zuckende Bewegungen erfolgen, allmählich aber von solcher Tiefe, dass das ärgste Geräusch und intensivste Rütteln nicht erweckt und ein beliebiger Transport oder Lagewechsel vorgenommen werden kann, ohne den Schlaf zu beeinträchtigen. Auch die Dauer des Schlafes ist häufig eine ungewöhnliche, bis zu 24 Stunden und darüber. Leichte Ronchi und stertoröse Geräusche bei der Athmung haben keinerlei beunruhigende Bedeutung, wenn nicht auch andere Anzeichen für eine drohende Gefahr vorhanden sind.

Meine Herren! In dem vorgestellten Kranken dürfen Sie ein typisches Beispiel derjenigen acuten Geisteskrankheit erblicken, welche den Namen des Delirium tremens oder Delirium potatorum führt. So verbreitet diese Krankheit ist, so sehr fehlt es noch an einer zutreffenden und das Wesentliche derselben hervorhebenden Schilderung.[1]) Lassen Sie uns deshalb bei diesem Gegenstande etwas verweilen. Die principielle Wichtigkeit des Delirium tremens beruht zu einem Theile auf der wohlbekannten Aetiologie der Krankheit. Das Delirium tremens ist aetiologisch zu classificiren als die häufigste Form der acuten alcoholistischen Intoxicationspsychose, wobei man aber bald noch die acuteste Form der Alcoholpsychose: die pathologischen Rauschzustände, zu berücksichtigen hat.

Auch die pathologischen Rauschzustände, eine besondere Form der transitorischen Psychosen, sind zweifellos als eigentliche Psychosen aufzufassen, sie unterscheiden sich aber durch ihre nur Stunden lange Dauer von dem Delirium tremens, welches immer mindestens eine Dauer von mehreren Tagen hat. Ich werde später noch Gelegenheit finden, auf die übereinstimmenden Symptome des pathologischen Rauschzustandes zurückzukommen, wenn ich von ähnlichen transitorischen Psychosen zu reden haben werde. Ausser diesen transitorischen Psychosen und dem Delirium tremens bringt nun aber das gleiche Gift noch zwei ganz differente Krankheiten hervor, nämlich die acute Hallucinose[2]) und die sogen. polyneuritische Psychose, zwei acute Geisteskrankheiten, deren ätiologischer Zusammenhang mit der chronischen Alcoholvergiftung ebenso zweifellos ist, wie die andere Thatsache, dass die gleichen Krankheiten auch auf ganz anderer aetiologischer Basis beobachtet werden.

1) Sie ist seitdem von Bonhöffer („Der Geisteszustand des Alcoholdeliranten", Psychiatr. Abhandlungen Heft 6, Breslau 1898) gegeben worden.

2) Vgl. die vorige Vorlesung.

Wir werden später bei Besprechung der polyneuritischen Psychose sehen, dass diese Krankheit hinsichtlich der allopsychischen Desorientirtheit mit dem Delirium tremens übereinstimmt. Man könnte daraus folgern wollen, dass die allopsychische Desorientirtheit und die alcoholistische Giftwirkung in einem unbedingten Verhältniss von Wirkung und Ursache zu einander ständen. Dennoch ist dieser Schluss nicht berechtigt, denn einerseits fehlt der acuten Hallucinose, auch wenn sie alcoholischer Aetiologie ist, dieses Symptom, und andererseits ist es in ausgeprägter Weise bei der Presbyophrenie vorhanden, der Geisteskrankheit von specifisch seniler Aetiologie. Diese Bemerkungen mögen Ihnen zeigen, wie verkehrt die Tendenz ist, eine Eintheilung der Geisteskrankheiten auf ausschliesslich aetiologischer Basis zu versuchen.[1]) Am evidentesten erweist sich die Richtigkeit unseres Standpunktes daraus, dass sogar das Delirium tremens nicht ausschliesslich alcoholistischer Entstehung ist. Wenigstens hiesse es den Thatsachen Zwang anthun, wenn man das Vorkommen des gleichen psychischen Krankheitsbildes unter den folgenden ganz abweichenden Bedingungen leugnen wollte:

1) Bei Meningitis mit vorwiegendem Sitz an der Convexität. Hier handelt es sich zwar meist, ähnlich wie im Fieberdelirium schwerer Infectionskrankheiten, um das oben gezeichnete Bild der Psychose vermehrt um ein Plus von körperlichen Symptomen, welches die Diagnose der Meningitis ebenso wie gegebenen Falls der acuten Infectionskrankheiten zu stellen ermöglicht. Ausnahmsweise aber trifft man auf Fälle, in denen andere Symptome vermisst werden und Wochen lang nur das klinische Bild des Delirium tremens besteht, während die Section den ausgeprägten Befund einer Convexitätsmeningitis ergiebt. In einem Falle der Art wurde die Diagnose schliesslich kurz vor dem Tode durch den Befund einer blutrothen Verfärbung an der Papilla optica ermöglicht.

2) Das Bild des Delirium tremens kann ferner durch andere Intoxicationen, wie Chloroform, Aether, Belladonna u. a., erzeugt werden.

3) In jedem Stadium der progressiven Paralyse kann das Bild des Delirium tremens vorgetäuscht werden.

4) Die acute Presbyophrenie[2]) ist zuweilen von dem Delirium tremens gar nicht zu diagnosticiren.

5) In ganz seltenen Fällen bildet das Delirium tremens den ersten acuten Schub einer später chronisch progressiv verlaufenden

1) Vgl. S. 167 ff.

2) Vgl. die folgende Vorlesung.

Psychose von dem Charakter des Grössen- und consecutiven Verfolgungswahnes bei wohl erhaltener formaler Logik.

Wenden wir uns der specifischen Aetiologie des alcoholistischen Delirium tremens wieder zu, so ist Ihnen wohl bekannt, dass die vorliegende Krankheit immer nur als Folge lange fortgesetzten Alcoholmissbrauchs auftritt, somit selbst schon als Zeichen alcoholistischer Degeneration betrachtet werden kann. In dieser Hinsicht scheint das Delirium tremens den Werth eines Entartungssymptomes noch ausschliesslicher zu beanspruchen als die pathologischen Rauschzustände, welche ausnahmsweise bei nervös veranlagten Individuen schon nach einmaliger Zufuhr ungewohnter Alcoholmengen auftreten können. Als zweiter Factor, dem gewöhnlich eine gleiche Bedeutung wie dem Alcoholmissbrauch zugeschrieben wird, gilt ganz allgemein die durch irgend welche äussere Bedingungen, gewöhnlich durch Krankheit oder chirurgische Verletzungen herbeigeführte Abstinenz vom Alcoholgebrauch. Dieser Factor bildet nach allgemeiner Annahme die gewöhnliche Gelegenheitsursache zum Ausbruch der Krankheit, und man pflegt ihm dadurch Rechnung zu tragen, dass man bei allen Verletzungen oder intercurrenten Krankheiten von chronischen Alcoholisten einen mässigen weiteren Schnapsgenuss verordnet. Nach meiner Erfahrung wird aber eine solche Gelegenheitsursache vielfach vermisst, und wir treffen auf zahlreiche Fälle, in denen das Delirium tremens keinerlei Complicationen, nicht einmal die eines Magenkatarrhs auffinden lässt. Andererseits veranlasst die etwa nachweisbare Complication den Gewohnheitssäufer durchaus nicht immer dazu, den gewohnten Schnapsgenuss einzustellen. Immerhin trifft die Schädlichkeit der erzwungenen Abstinenz für die Mehrzahl der Fälle zu. Dass es sich mit der acuten Hallucinose der Alcoholisten ganz anders verhält, ist oben[1]) hervorgehoben worden.

Von den Complicationen bedarf eine besondere Erwähnung die mit Epilepsie. Die epileptischen Anfälle der Säufer sind ein Zeichen der Alcoholdegeneration des Gehirns, ganz wie das Delirium tremens. Nach den Erfahrungen unserer Klinik zeigen sie eine gewisse Gesetzmässigkeit in ihrem zeitlichen Verhalten, denn sie pflegen meist 36 bis 48 Stunden vor dem Ausbruch des Deliriums im Anschluss an einen Excess aufzutreten und, falls vollständige Abstinenz durchgeführt wird, späterhin dauernd fortzubleiben. In der Klinik selbst pflegen alcohol-epileptische Anfälle immer nur in den ersten, der Aufnahme folgenden Tagen aufzutreten. Haben wir deshalb, wie

1) Vgl. S. 278.

es häufig geschieht, die Nachwehen des epileptischen Anfalles, Zungenbiss u. dergl. schon bei der Aufnahme zu constatiren, so haben wir die Aufgabe, wenn irgend möglich, vollständige Abstinenz durchzuführen. Bonhöffer hat auf dieses fast gesetzmässige Verhalten hingewiesen.

Es erübrigt sich, auf die Unzahl anderer mehr zufälliger Complicationen oder auch Gelegenheitsursachen hinzuweisen, welche bei der Behandlung des Delirium tremens in Frage kommen. Die Lungenentzündung nimmt darunter eine der ersten Stellen ein und erweist sich namentlich zur Zeit des kritischen Abfalles gefährlich. Für den günstigen oder ungünstigen Ablauf solcher Fälle ist es von entscheidender Bedeutung, wie sich der Herzmuskel verhält. Ist dieser, wie häufig, in erheblicherem Grade von der bekannten Säuferdegeneration ergriffen, so ist ein tödtliches Lungenödem trotz aller Reizmittel oft nicht zu verhindern. Aber abgesehen davon muss auch sonst der Zustand des Herzens als Hauptfactor, auch bei sonst uncomplicirtem Delirium, bezeichnet werden, denn ein nicht ganz kleiner Bruchtheil derartiger Fälle endet aus anscheinend gutem Allgemeinbefinden heraus mit plötzlichem, gar nicht vorherzusehendem Collaps. Wenn dann die Section eine ausgesprochene Entartung des Herzens vermissen lässt, was zuweilen vorkommt, so bleibt nur die Annahme einer trotzdem schon wirksamen Gifteinwirkung auf das Herz übrig.

Die Diagnose ist leicht, wenn man das Gesammtbild, welches im Vorstehenden geschildert wurde, vor Augen hat. Dieses Bild ist so charakteristisch, dass erfahrene Kliniker kaum je fehl gegangen sind, sondern schon immer aus dem Gesammteindruck der Kranken die richtige Diagnose gestellt haben werden. Eine sichere Handhabe bietet aber doch nur die eingehende Analyse, und hier ist es besonders der Gegensatz zwischen der wohl erhaltenen autopsychischen Orientirung und dem hohen Grade allopsychischer Desorientirung, welcher das entscheidende Kriterium abgeben wird. Dieser frappante Gegensatz ist bei keiner anderen mir bekannten Krankheit anzutreffen. Demnächst ist entscheidend der Wechsel der Bewusstseinszustände, je nachdem man die Kranken sich selbst überlässt oder durch Anreden, Fragen oder den Act der Untersuchung ihre Aufmerksamkeit fixirt. Die Fähigkeit, vollständig prompt und attent Rede und Antwort zu stehen, dürfte keinem anderen Zustande gleich tiefer, traumhafter Umnebelung des Bewusstseins eigen sein. Ganz besonders fehlt diese Eigenschaft den postepileptischen Dämmerzuständen. Endlich ist der Tremor und die Beimischung der oben erwähnten Zeichen von Betheiligung des Pro-

jectionssystemes, namentlich die Sprachstörung, diagnostisch zu verwerthen.

Differentialdiagnostisch kommen die oben[1]) erwähnten Zustände, besonders aber die seltenen Fälle von Convexitätsmeningitis und die viel häufigeren der progressiven Paralyse in Betracht.

Meine Herren! Die Behandlung des Delirium tremens wird je nach der Art der Complicationen oder veranlassenden Ursachen dem Arzte die allerverschiedensten Aufgaben stellen. Darauf hier einzugehen muss ich verzichten und beschränke mich auf die Beantwortung folgender principieller Fragen: Wann und auf Grund welcher Indicationen ist es nöthig, 1) Schlafmittel zu geben und 2) zu isoliren? Dass anderweitige Zwangsmittel bei den Deliranten nicht angewendet werden dürfen, ebensowenig wie bei anderen Geisteskranken, bedarf keiner Erörterung; nur chirurgische Complicationen berechtigen nicht nur dazu, sondern machen unter Umständen die Ausnahme von diesem Satze zur Pflicht.

Meine Herren! Die Verabreichung von Schlafmitteln geschieht, wie ich oben schon angedeutet habe, auf unserer Klinik nur ausnahmsweise, weil wir die Erfahrung gemacht haben, dass der vorzeitig herbeigeführte Schlaf keineswegs die kritische Bedeutung des natürlich eintretenden hat und nicht verhindert, dass das Delirium seinen gewöhnlichen Ablauf nimmt. Selbst wiederholte Unterbrechungen durch Schlaf haben wir in dieser Richtung wirkungslos gesehen. Nimmt Alles den gewohnten Verlauf, so warten wir ab, bis sich spontaner Schlaf einstellt. Handelt es sich aber um Kranke, die schon mit reducirtem Kräfte- oder Ernährungszustande in die Behandlung eintreten, so führen wir so oft, wie es nach dem Kräftezustand nöthig erscheint, den Schlaf herbei und bedienen uns dazu mit Vorliebe des Paraldehyd in Dosen von 3 bis 6 g, unter Umständen auch des Chloralhydrats (1,5 bis 3 g), oder der Opium- oder Morphiuminjectionen (durchschnittlich 0,1 des ersteren, 0,01 des Morphin). Zieht sich das Delirium in die Länge, ohne dass die normale Müdigkeit sich einstellt, oder beginnt der Puls weich und klein zu werden, oder zeigen sich sonst Zeichen der Erschöpfung, so erblicken wir auch darin eine Indication zur Verabreichung des Paraldehyd und haben selbst von grösseren Dosen dieses Mittels, bis zu 10 g, nie eine üble Wirkung gesehen. Je nachdem kann auch Morphium oder Opium indicirt sein, während das Chloral wegen seiner den Blutdruck herabsetzenden Wirkung natürlich zu

---

1) S. 289.

vermeiden sein wird. Eher kann noch bei besonders schwieriger Sachlage die Inhalation von reinem Aether zweckmässig sein, um Beruhigung und Schlaf zu erzielen.

Wenden wir uns nun zur zweiten Frage, der der Isolirung, so kann ihre Beantwortung unter Umständen davon abhängig sein, ob ein zur Isolirung geeigneter Raum zur Verfügung steht. Es kann nicht genug betont werden, dass die Gefahr des Selbstmordes oder der Selbstbeschädigung durch die Beschaffenheit des Isolirungszimmers ausgeschlossen sein muss, dass also nicht ein beliebiges Zimmer, sondern nur ein mit allen Sicherungen gegen diese Gefahr versehenes dazu gewählt werden darf, wie solche in jeder Irrenanstalt zur Verfügung stehen. Im Allgemeinen kommt die Isolirung nur bei ängstlicher Färbung des Deliriums in Frage und wird dann erforderlich, wenn die Angst durch die missdeuteten Vorgänge auf der Krankenstation wesentlich gesteigert oder unterhalten wird, oder wenn die Kranken — in vermeintlicher Abwehr — plötzliche Angriffe auf ihre Umgebung machen. Aber auch in letzterem Fall ist ein dauernd am Bett stationirter erfahrener Wärter der Isolirung oft noch vorzuziehen. Für die grosse Mehrzahl der Kranken ist die Bettbehandlung auf der Wachstation die einzig richtige Methode, und sie wird nur in dem Augenblicke aufzugeben und mit der Isolirung zu vertauschen sein, wenn man sich überzeugt, dass Beruhigung eintreten will, aber durch die Einwirkung der Umgebung retardirt oder verhindert wird. Die meisten Kranken schlafen, wie oben schon angedeutet, auch auf der Wachstation ein und verharren trotz aller Störungen in ihrem Schlaf.[1])

Der pathologische Befund des Delirium tremens weist dieser Krankheit, entsprechend den klinischen Symptomen, eine gewisse Verwandtschaft mit der progressiven Paralyse an. Diese Verwandtschaft machte sich in klinischer Beziehung dadurch geltend, dass auch bei dem Delirium tremens das Projectionssystem mit ergriffen war, wie bei der progressiven Paralyse. Der Tremor der Stimm- und der Sprachmusculatur, das Sylbenstolpern, die Andeutungen von Paraphasie, die Ungeschicklichkeit der Zungen- und Mundbewegungen, die häufig anwesende Zungenabweichung und Facialisparese, die Unbeholfenheit complicirterer Bewegungen waren solche Symptome.

Meine Herren! Wenn Sie sich unserer ersten klinischen Zusammenkünfte erinnern, in denen ich Ihnen eine Vorstellung von

1) Ein Beispiel von Delirium tremens ist auch Fall 4 der „Krankenvorstellungen" Heft 1.

der möglichen Localisation der Geisteskrankheiten zu geben suchte[1]), so wissen Sie, dass eine derartige Beimischung von Symptomen, die auf die Betheiligung des Projectionssystems hindeuten, für uns das Charakteristicum der progressiven Paralyse war. Wir lernen nun in dem Delirium tremens eine Krankheit kennen, die in dieser Hinsicht der progressiven Paralyse zur Seite zu stellen ist. Dem entsprechend ist es auch bei der Section möglich, die Erkrankung des Projectionssystems nachzuweisen. Wenigstens gelingt dies bei den schweren, ohne andere Complication zum Tode führenden Fällen. In der Rinde der Centralwindungen und der Broca'schen Windung finden sich reichliche Zeichen des beginnenden Markzerfalls, welche sich auf die Radiärfaserung der Rinde beschränken, nach dem Markkegel zu dichter werden und die tangential verlaufenden Fasern der Rinde intact lassen. Eine ähnliche Markdegeneration hat sich im Wurm des kleinen Gehirns und zwar hier ausschliesslich im Marklager herausgestellt. Spärlichere, aber dennoch unzweifelhafte Zeichen des Markzerfalles finden sich dann auch in den Pyramidenbahnen und in den Hintersträngen des Rückenmarks. Es ist das Verdienst Bonhöffer's,[2]) diese wichtigen Befunde gemacht und in ihrer Bedeutung gewürdigt zu haben.

Die Befunde Bonhöffer's sind an einigen besonders schwer verlaufenen Fällen erhoben worden, welche sich auch klinisch dadurch auszeichneten, dass die Kranken die Orientirung ihres Körpers im Raum verloren zu haben schienen. Man lese die diesbezügliche Schilderung im Original. Bonhöffer vermuthet, dass diese Erscheinung im Zusammenhange mit der Kleinhirnveränderung stehe. In jedem Falle aber bleibt es ausserordentlich lehrreich, dass die eigentlich sensorischen Projectionsfelder keinerlei derartige Veränderungen aufweisen, ein Befund, der nach der Art der zur Obduction gelangten Fälle ohne Bedenken generalisirt werden kann. Verständlich ist derselbe aber insofern, als wir ganz allgemein nur bei dauernden Ausfallssymptomen greifbare pathologische Befunde zu erwarten haben, nicht aber bei Reizsymptomen. Die combinirten Sinnestäuschungen sind aber offenbar auf Reizvorgänge in den Sinnesprojectionsfeldern zu beziehen. Broca'sche Windung und Centralwindungen als bekannte Ursprungsorte des motorischen Projectionssystems ergaben die nach den beobachteten Lähmungssymptomen zu erwartenden Veränderungen.

---

1) Vgl. S. 9.

2) Aus der psychiatrischen Klinik zu Breslau. „Klinische und anatomische Beiträge zur Kenntniss der Alcoholdelirien“, Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie I, S. 229.

Siebenundzwanzigste Vorlesung.

Chronisches und protrahirtes Alcoholdelirium. Die polyneuritische Psychose. Die Presbyophrenie. Ein Fall von acuter asymbolischer Allopsychose.

Meine Herren!

Dass nach dem Erwachen aus dem kritischen Schlafe des Alcoholdeliranten häufig noch ein paranoisches Stadium von kurzer Dauer beobachtet wird, habe ich schon oben erwähnt. Dasselbe erstreckt sich selten auf längere Zeit als Stunden oder ein bis höchstens zwei Tage und ist durch die Fortdauer der mangelnden Orientirung und die Bewusstseinsfälschung, den Glauben an die Wirklichkeit der überstandenen Traumeserlebnisse, genügend gekennzeichnet. Ausnahmsweise kann jedoch auch nach eingetretenem Schlaf ein diesem paranoischen Stadium im Wesentlichen entsprechender Zustand noch Wochen und Monate lang und darüber hinaus persistiren, Fälle, die man als chronisches Alcoholdelirium bezeichnen kann.[1] Das chronische Alcoholdelirium entwickelt sich entweder in der geschilderten Weise aus einem acuten Delirium tremens, oder ein solches ist in ausgeprägter Form nicht vorangegangen, sondern nur öfter wiederholte abortive Anfälle des entsprechenden Zustandes, die sich auf kürzere Zeiträume, also wenige Stunden und noch weniger beschränkten. Ein Initialstadium von verschieden langer Dauer, welchem mehr oder weniger reichliche Spuren des acuten Delirium beigemischt waren, scheint aber in den Fällen von chronischem Alcoholdelirium niemals vollständig zu fehlen. Im Uebrigen zeigt der chronische Zustand dieser Fälle noch gewisse Beimischungen, die wohl auf Rechnung der alcoholistischen Entartung zu setzen sind. Diese sind ein sehr hochgradiger Verlust der Merkfähigkeit bei relativ wohl erhaltenem Ge-

1) Einige Beispiele davon aus meiner Klinik sind von E. Kiefer, Diss. inaug. Breslau 1890, mitgetheilt worden.

dächtnissschatz, eine wohl daraus abzuleitende Desorientirtheit in Bezug auf die zeitlichen Verhältnisse und das Auftreten von Confabulationen, sei es, dass diese spontan berichtet werden, sei es, dass sie zur Ausfüllung von den Kranken selbst merklichen Gedächtnisslücken hinsichtlich der jüngsten Vergangenheit frei erfunden zu sein scheinen. Dass die acuten Symptome der Sinnestäuschungen und der daraus resultirenden Bewegungsunruhe und Schlaflosigkeit diesem chronischen Delirium fehlen, ist schon oben betont worden. Der Ausgang in Heilung ist auch bei dem chronischen Alcoholdelirium noch möglich, falls es gelingt, den allgemeinen Zustand des Kranken und bei fortgesetzter Abstinenz auch die anderweitigen Zeichen der Kachexie und Entartung zu heben. Wird dieses günstige Ergebniss nicht erzielt, so resultirt ein Blödsinn mit fortschreitendem Schwunde des Gedächtnissinhaltes und allmählichem Schwinden der Initiative.

Von dem chronischen Delirium zu unterscheiden ist das an sich ebenfalls heilbare protrahirte Delirium tremens, wobei auch die acuten Symptome der combinirten Sinnestäuschungen und der Bewegungsunruhe oft durch viele Wochen fortbestehen können. Als Ursache eines solchen protrahirten Verlaufes lassen sich meist irgend welche schwächende Momente, wie z. B. chronische Eiterungen, tuberculöse Knochenprocesse oder chronische Lungentuberculose oder auch Lebercirrhose ermitteln. Der andere Ausgang dieses protrahirten Deliriums ist, wie aus diesen Beispielen ersichtlich, häufig der Tod in Folge der zu Grunde liegenden erschöpfenden Krankheiten. Das protrahirte Delirium kann Uebergänge zu den sogenannten Inanitionsdelirien bilden, ist aber dennoch gewöhnlich davon zu unterscheiden.

Meine Herren! Die Kenntniss des chronischen Delirium tremens setzt uns in den Stand, zwei weitere, wohl charakterisirte Krankheitstypen kennen zu lernen, ohne dass ich Ihnen Beispiele davon vorstelle. Es wird genügen, Sie an frühere Krankendemonstrationen zu erinnern. So erinnern Sie sich der 41jährigen Frau eines Schneidermeisters S., welche ich Ihnen vor einiger Zeit als Beispiel polyneuritischer Pychose vorgestellt habe, welche im Bett hereingetragen werden musste, weil sie in Folge einer atrophischen Lähmung der Beine von polyneuritischer Natur nicht zu gehen im Stande war. Der psychische Befund bei ihr war leicht zu erheben, denn sie zeigte sich vollständig besonnen und attent, und eine Prüfung ihrer Aufmerksamkeit durch Feststellung der Empfindungskreise hatte einen normalen Befund ergeben. Um so auffälliger traten uns bald eine Combination von vier uns schon

bekannten psychotischen Symptomen entgegen. Das erste war die allopsychische Desorientirung: die Kranke hatte keine Ahnung, wo sie sich befand, sie glaubte bei einer früheren Herrschaft auf dem Lande zur Aushilfe zu sein, bei einem Blick aus dem Fenster die Thürme der benachbarten Stadt R. zu erkennen, verkannte mich als den Arzt der Familie, die begleitende Krankenschwester als das Stubenmädchen, den Assistenzarzt als den Sohn ihrer Herrschaft; die augenblickliche Situation hielt sie für eine Gerichtsverhandlung, bei der sie vernommen werden sollte, in dem Auditorium glaubte sie ihr bekannte Gerichtspersonen aus R. und eine Anzahl von Jugendbekannten wieder zu erkennen. Dabei erkannte sie alle anderen concreten Dinge und Gebrauchsgegenstände sofort richtig. Das zweite Symptom war eine höchst auffällige Beeinträchtigung der Merkfähigkeit. Patientin vergass unter der Hand, was sie so eben gesagt hatte, eine dreistellige Zahl, ein fremd klingendes Wort, das sie behalten sollte, hatte sie nach einer kurzen Zwischenfrage schon wieder vergessen, und liess man etwas mehr Zeit verstreichen, so hatte sie sogar vergessen, dass man eine solche Aufgabe gestellt hatte. Einen ihr vorgezeigten Augenspiegel — ein Instrument, das ihr noch unbekannt war — betrachtete sie schon nach kurzer Zeit mit demselben Interesse wie das erste Mal und behauptete, nie vorher etwas dergleichen gesehen zu haben. Dem entsprechend wusste sie auch nicht, wie sie in das Auditorium gelangt war, dass sie zwei Stockwerke heraufgetragen worden war, und sie wusste auch nicht die Tageszeit und ob sie schon zu Mittag gegessen habe oder nicht. Sie hielt aber ersteres für möglich, da sie keinen Hunger hatte. Als ich die Frage an sie richtete, was sie gestern gethan hätte, erklärte sie sich erst besinnen zu müssen, erzählte aber dann mit aller Bestimmtheit und allen Einzelheiten von einem Ausfluge mit der Familie der Herrschaft nach einem Brauereilocal und Park in einem benachbarten Dorf. Ebenso berichtete sie von verschiedenen Erlebnissen an den Tagen vorher. Sie erinnerte sich genau, den Abend zuvor die Kinder zu Bett gebracht zu haben. Bei dieser Herrschaft sei sie sechzehn Jahre lang gewesen und zeitweilig wieder hingegangen, weil der Herr mit dem Personal unzufrieden gewesen sei und sie ihrem Manne in der beschäftigungslosen Zeit doch nichts habe helfen können. Wir trafen hier auf das dritte auffällige Symptom, das der Confabulation oder additiven Erinnerungsfälschung. Sie erinnern sich, dass ich auf den Zusammenhang dieses Symptomes mit Gedächtnissdefecten hinwies. Aber der Umfang dieses Gedächtnissdefectes war uns doch überraschend, denn er erstreckte sich über

die Zeit der acuten Krankheit weit hinaus und auf Jahre zurück. Dabei war an der Thatsache, dass ein absoluter derartiger Defect bestand, kein Zweifel möglich, am frappantesten zeigte sich dies, als ich die Patientin auf die Lähmung ihrer Beine hinwies und auf den Widerspruch, dass sie behauptete, noch gestern Stunden lang spazieren gegangen zu sein. Die Entstehung dieser Lähmung war ihr ein vollkommenes Räthsel.

Meine Herren! Wie Ihnen noch erinnerlich ist, machte ich darauf aufmerksam, dass ein solcher Gedächtnissverlust für die Krankheitszeit, d. h. für die Dauer der aufgehobenen Merkfähigkeit leicht verständlich erscheint[1]), dass aber ausserdem noch eine sogenannte retroactive Amnesie[2]) in unserem Falle nachweislich war. Die Patientin glaubte noch wie früher in R. zu wohnen, während sie schon vor einigen Jahren mit ihrem Manne nach Breslau verzogen ist. Auf ihre Verheirathung und die freundschaftlichen Beziehungen zu ihrer früheren Herrschaft, die sie von R. aus unterhielt, wusste sie sich noch gut zu erinnern. Ebenso gab sie alle noch weiter zurückliegenden Daten aus ihrem Vorleben richtig an. Es gelang leicht nachzuweisen, dass sie über ihre Schulkenntnisse noch so weit verfügte, wie man es von Leuten ihres Standes und Alters überhaupt verlangen konnte. Im Kopfrechnen freilich konnte sie gar nichts leisten, weil sie trotz sicherer Handhabung des Einmaleins über einer Zahl immer die andere vergass, auf dem Papier aber konnte sie auch Rechenexempel mit mehrstelligen Zahlen richtig lösen.

Was die Entstehungsgeschichte des Falles betraf, so hatten wir erfahren, dass die noch zur Zeit der Vorstellung sehr leidend und fast wachsbleich aussehende Frau ein halbes Jahr lang an häufigen Uterusblutungen gelitten hatte. Ein besonders starker Blutverlust war dem acuten Ausbruch ihrer Krankheit vor vier Wochen vorangegangen. Schon vorher hatte sich unter Schmerzen und Paraesthesien ganz allmählich eine Schwäche der Beine eingestellt. Von der ganz acut einsetzenden Geistesstörung haben wir nur einen ungenauen Bericht erhalten, wonach zeitweise delirante Zustände, besonders des Nachts, zeitweilig auch tobsüchtige Erregungen bestanden haben sollen. Bei uns hatte die Patientin nur die ersten Tage eine exquisit motorisch gefärbte Bewegungsunruhe (mit gleichzeitigem Mutacismus!). Dann bildete sich der Zustand heraus, den ich Ihnen demonstriren konnte und der nun Monate lang fast unverändert bestand, aber doch

1) Vgl. S. 77.
2) Vgl. S. 63.

allmählich zu einer leidlichen Restitution geführt hat, denn die Kranke konnte sechs Monate darauf gebessert nach Hause entlassen werden.

Was die Aetiologie des Falles betraf, so hatten wir zuerst den Hauptwerth auf die wiederholten Blutverluste der Patientin gelegt. Dafür sprach nicht nur die Anamnese und das Aussehen der Patientin, sondern auch die Bluntuntersuchung, da wir nur 55 % Hämoglobingehalt (nach Gowers) feststellen konnten. Wir haben aber später aus den eignen Angaben der Kranken erfahren, dass sie in den letzten beiden Jahren auch sehr viel bayerisch Bier und in der letzten Zeit auch Korn und Cognac in grösseren Quantitäten getrunken hatte.

Meine Herren! Wie Sie sehen, handelt es sich hier um ein Krankheitsbild, dem trotz seiner acuten Entstehung von vorn herein gewisse Defectsymptome beigemischt sind. Ich meine den Verlust der Merkfähigkeit und die retroactive Amnesie, die schwere Beeinträchtigung des Gedächtnisses. Dabei kann von einem eigentlichen Blödsinn nicht wohl die Rede sein, wenn man diesem Begriffe nicht Zwang anthun will. Das belebte Gesicht, das attente Wesen, die nachweislich gut erhaltene Aufmerksamkeit sind in dieser Hinsicht beweisend. Trotzdem wird der bestehende Defect uns den Umstand erklären, dass keine Spur von Rathlosigkeit vorhanden war in offenbarem Gegensatz zu der hochgradigen allopsychischen Desorientirtheit. Nur eine durch die Situation bei der klinischen Vorstellung leicht begreifliche Angstanwandlung kann aus der Verkennung der Umgebung als Gerichtslocal erschlossen werden. Ebenso sprach das gänzlich affectlose, apathische und theilnahmlose Verhalten der Patientin auf der Station für einen gewissen geistigen Defect.

Es erübrigt noch, über die acute Entstehungszeit der Krankheit einige Worte zu sagen. In unserem Falle fehlte es uns darüber an genügenden Nachrichten, und wenn wir nur nach den eigenen Beobachtungen urtheilen wollen, so war zeitweilig das typische Krankheitsbild einer hyperkinetischen Motilitätspsychose vorangegangen. Nach anderweit vorliegenden Erfahrungen über analoge Krankheitsfälle scheint es aber, als ob überwiegend häufig eine Art von Dämmerzustand mit motorischer Unruhe und Hallucinationen, der am meisten an das Delirium tremens erinnert, ohne aber den typischen Verlauf desselben zu haben, also ein delirantes Stadium in der acuten Krankheitszeit vorhanden ist, woran sich der geschilderte mehr chronische Zustand von meist sehr viel längerer Dauer anschliesst. Dieser klingt dann immer ganz allmählich ab. Nach meiner Meinung ist gerade dieses letztere Stadium in seiner specifischen Zusammensetzung aus

den oben geschilderten bestimmt greifbaren Symptomen das charakteristische und für die Diagnose maassgebende. Was die polyneuritischen Symptome der Krankheit betrifft, so waren sie in unserem Falle sehr ausgesprochen und hatten zu einer totalen Unfähigkeit zu gehen und zu stehen geführt. Die Lähmung war schlaff, die Reflexe erloschen, die Musculatur überall sehr druckempfindlich, vorwiegend betroffen war beiderseits der Quadriceps und die Peronäusmusculatur. In den meist betroffenen Muskeln bestand Entartungsreaction und überall eine starke Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit. Die Sensibilität war besonders deutlich an den Endgliedern betroffen und besonders auch die Lageempfindung daran betheiligt. Bei der Entlassung war die Restitution schon so weit vorgeschritten, dass Patientin ohne Unterstützung stehen und gehen konnte.

Nicht überall ist das Bild der Polyneuritis so ausgeprägt wie in unserem Falle, es ist sogar überwiegend häufig, dass nur eine diffuse Abmagerung der Muskeln, eine leichte Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit und der Sehnenreflexe, eine leichte Druckempfindlichkeit der Musculatur und Neigung zu Crampis besteht. Ja, in anderen Fällen wird sogar die Polyneuritis, woher der Name entlehnt ist, bei der vorliegenden Psychose vollständig vermisst, ein Punkt, auf den ich noch zurückkomme. Halten wir vorläufig an dem Krankheitsbegriff der polyneuritischen Psychose fest, so lässt sich die Prognose der Krankheit, falls die verursachende Schädlichkeit wegfällt, im Allgemeinen günstig stellen. Die überwiegende Mehrzahl der Fälle führt zur Restitution, wenn auch nur sehr langsam. Ein Theil der Fälle verläuft jedoch in wenigen Wochen letal. Ohne Zweifel ist dieser Verlauf von der Art der einwirkenden Schädlichkeit abhängig, und gerade in dieser Beziehung scheint das Alcoholgift eine verhältnissmässig günstige Stellung einzunehmen. Es scheint sich in dieser Beziehung ähnlich zu verhalten wie mit der Polyneuritis selbst, die ja bekanntlich auch dem überwiegend häufig deletär verlaufenden Krankheitsbilde der acuten aufsteigenden Paralyse oder Landry'schen Lähmung zu Grunde liegt. Merkwürdiger Weise habe ich gerade diese schweren Fälle von Polyneuritis niemals von polyneuritischer Psychose begleitet gesehen. Uebrigens kommt auch der Zahl der Fälle nach wohl das Alcoholgift in erster Reihe in Betracht und demnächst wohl die metallischen Gifte, namentlich Blei und Arsenik.[1])

Meine Herren! Wiederholt habe ich darauf aufmerksam ge-

1) Fälle von polyneuritischer Psychose sind F. 17 Heft 1 und F. 9 Heft 2 der „Krankenvorstellungen“.

macht, dass in der Psychiatrie ein Zusammenhang zwischen dem klinischen Bilde und der Aetiologie nur so weit anzuerkennen ist, als bestimmte klinische Krankheitsbilder mit Vorliebe auf gewisse Schädlichkeiten zu folgen pflegen, ein ausschliesslicher derartiger Zusammenhang dagegen durch die tägliche Erfahrung widerlegt wird. So verhält es sich auch mit der zunächst rein empirisch erfolgten Aufstellung des Krankheitsbildes der polyneuritischen Psychose. Freilich ist in dieser Benennung selbst schon enthalten, dass sehr verschiedenartige Schädlichkeiten aetiologisch in Betracht kommen, wie dies eben bei der Polyneuritis bekannt ist. Einen eclatanten Beweis aber für die Richtigkeit unserer Stellungnahme zu dieser Frage werden wir wieder darin erblicken müssen, dass genau das gleiche Krankheitsbild ohne Polyneuritis angetroffen wird, wie ich schon kurz erwähnt habe. Dies gilt namentlich für die delirante Form. Ein Fall der Art ist mir von der Frau eines Arztes erinnerlich, deren Kind während einer Eisenbahnfahrt an die Coupéthür gelehnt, durch mangelhaften Verschluss derselben herausstürzte, während sie in ihrer Angst nichts Besseres zu thun wusste, als nachzuspringen. Sie erlitt eine schwere Kopfverletzung und bot nun, nachdem sie aus ihrer Bewusstlosigkeit erwacht war, das typische Bild der deliranten Form der polyneuritischen Psychose. Bei einer darauf gerichteten Untersuchung gelang der Nachweis, dass auch die vier dem chronischen Stadium eigenthümlichen Symptome gleichzeitig vorhanden waren. Ein analoger Fall, der noch jetzt in meiner Behandlung ist, schloss sich an einen schweren chirurgischen Eingriff, eine Gastroenterostomose, die an sich günstig verlaufen war, an und steht zur Zeit schon im Stadium der Reconvalescenz. Wie in diesen beiden Fällen eine Vereinigung von schweren psychischen Einwirkungen und körperlichen Eingriffen den Ausbruch der Krankheit bedingte, so bietet auch ein Theil der als sogenannte symptomatische oder Inanitionspsychosen unterschiedenen Fälle das gleiche klinische Bild wie die polyneuritische Psychose. Am beweisendsten aber für unseren Standpunkt ist das mit der polyneuritischen Psychose fast vollkommen identische klinische Bild der Presbyophrenie.

Die Presbyophrenie ist die specifische Geisteskrankheit des Greisenalters in dem Sinne und mit der Einschränkung, mit welcher wir überhaupt eine aetiologische Eintheilung der Geisteskrankheiten anerkennen, d. h. sie wird, wenn man sie von der polyneuritischen Psychose differenzirt, ausschliesslich bei Greisen angetroffen, und in vielen Fällen lässt sich auch keine anderweitige Aetiologie dafür ermitteln. Dennoch stellt sie nur einen erheblichen

Bruchtheil der durch die Senescenz bedingten Psychosen dar. Sie tritt wie die polyneuritische Psychose in zwei Formen auf, einer acuten, deliranten und einer chronischen. Die letztere kann nach längerem Bestande als unheilbar gelten und setzt sich aus denselben Componenten zusammen wie das oben geschilderte Bild der polyneuritischen Psychose in ihrem chronischen Stadium. Sie treffen auf die gleichen Symptome der allopsychischen Desorientirtheit bei fehlender Rathlosigkeit, des Verlustes der Merkfähigkeit bei erhaltener Aufmerksamkeit, der Confabulation und der retroactiven Amnesie. Dazu kommen aber häufig noch krankhafte Veränderungen der Gemüthslage und zwar besonders in zwei Varianten, indem bald eine den Bedingungen der Wirklichkeit nicht entsprechende Euphorie, bald eine zornmüthige Stimmung auf die Dauer beigemischt ist. Sie erinnern sich der beiden Beispiele, welche ich Ihnen davon demonstrirt habe. Das eine war die 78 jährige Frau H., welche ihr Wohlbefinden durch eine gewisse behagliche Geschwätzigkeit äusserte und, weil sie sich noch für ein junges Mädchen hielt, Anwandlungen von Verschämtheit zeigte, die bei ihrem Alter sehr komisch wirkten. Die andere, eine 84 jährige Frau K., ist Ihnen als starke Schimpferin erinnerlich, die mit den unfläthigsten Redensarten um sich warf und ihre Umgebung der abenteuerlichsten Misshandlungen beschuldigte. Es handelte sich offenbar um confabulirte Erinnerungen auf der Basis von missdeuteten Erlebnissen und hypochondrischen Sensationen. Beide Kranken hatten das Gemeinsame, dass Gesichtsausdruck, Gesten und mündliche Aeusserungen durch ihre Energie den Verdacht einer etwa vorhandenen Demenz sofort entkräften mussten. Die acute oder delirante Form der Presbyophrenie hat im Wesentlichen die gleichen Kennzeichen wie die chronische Form, vielleicht mit Ausnahme der retroactiven Amnesie. Es besteht aber ausserdem ein mässiger Grad von Bewegungsunruhe, Schlaflosigkeit und zeitweilig Hallucinationen, besonders auf optischem Gebiet. Im Ganzen bietet sie das Bild eines erheblich gemilderten und dem entsprechend auch in die Länge gezogenen Delirium tremens. Ein Fall der Art ist mir erinnerlich, in welchem bei einer 76 jährigen bis dahin sehr thätigen Frau die Krankheit so günstig ablief, dass die Patientin ein sehr umfangreiches Geschäft noch viele Jahre lang fortzuführen im Stande war. Die Dauer der Krankheit beträgt in den Fällen, welche zur Heilung kommen, was häufig geschieht, vier bis acht Wochen. Im anderen Falle geht sie unmerklich in die chronische Form über, oder es bleibt eine einfache senile Demenz zurück, welche immer auch das Endstadium der chronischen Form bildet.

Meine Herren! Die Krankheitsfälle, die Sie bisher kennen gelernt haben, haben das gemeinsame Merkmal der allopsychischen Desorientirung und verdienen deshalb die Bezeichnung als acute Allopsychosen. Unter diesen hebt sich die acute Hallucinose dadurch ab, dass es der Reizvorgang der Hallucinationen ist, welcher mit der Zeit zur Desorientirung führt, so dass erst das paranoische Stadium die Desorientirung rein hervortreten lässt. Das Delirium tremens dagegen, die polyneuritische Psychose und die Presbyophrenie zeigen die allopsychische Desorientirung von vorn herein als Ausfallssymptom. Hinsichtlich des Delirium tremens verweise ich auf frühere Ausführungen. Bezüglich der polyneuritischen Psychose und der Presbyophrenie könnte man versucht sein, den beiden Krankheiten gemeinsamen Verlust der Merkfähigkeit zur Erklärung der allopsychischen Desorientirung herbeizuziehen. Dass dies nicht ohne Weiteres gestattet ist, lehrt z. B. ein Fall postepileptischer Allopsychose[1]) mit gut erhaltener Merkfähigkeit. Ausserdem kommt es zuweilen vor, dass die allopsychische Desorientirung zur Asymbolie gesteigert erscheint. So konnte ich kürzlich einen Kranken, der vorher nur das Durchschnittsbild der polyneuritischen Psychose geboten hatte, ein zweites Mal als Asymbolie demonstriren.[2]) Aber auch eine selbstständige asymbolische Form der acuten Allopsychose kommt, freilich sehr selten, vor, wie der folgende Krankheitsfall beweist. Es handelte sich um einen 43jährigen Lehrer N., der am 10./2. 87 in die Klinik aufgenommen und nach sieben Wochen (29./3.) geheilt entlassen worden ist. Der Ausbruch der Krankheit war ganz acut erfolgt, nachdem eine aufregende Krankenpflege und dann der Tod seiner Frau den Patienten heftig afficirt hatten. Patient war dann einige Tage ganz unorientirt und von lebhaften Hallucinationen begleitet auf den Nachbardörfern herumgeirrt und wurde an Händen und Füssen gebunden von seinen Dorfgenossen der Klinik zugeführt. In der Klinik verhielt er sich in mässigem Grade ablehnend, gab nur selten und unwillig Auskunft und verkannte offenbar die Personen und auch die Situation. Dies liess sich nicht nur aus seinen spärlichen Antworten entnehmen, sondern hauptsächlich aus seinem Verhalten erschliessen. Während er offenbar genügend sah und hörte, auch keinerlei Gehirnsymptome darbot und vollständig Herr seiner Bewegungen war, schien ihm der Gebrauch der gewöhnlichsten Gegenstände gänzlich unbekannt zu sein. In die Essschüssel fuhr er mit dem Kopf hinein, die Hosen versuchte er als Hemd

1) Fall 7 der Krankenvorstellungen der Psychiatr. Klinik zu Breslau, Heft 2.
2) Fall 9 ibidem.

anzuziehen, mit Messer, Gabel und Löffel wusste er nicht umzugehen u. dergl. mehr. Später lernte er die Essschüssel kennen und griff mit den Händen hinein. Der Affect, in dem er sich dauernd befand, war der der allopsychischen Rathlosigkeit und hielt sich in mässigen Grenzen, dennoch erschwerte er, da er den Kranken meist zu einem ablehnenden Verhalten veranlasste, die eingehende Untersuchung seines Geisteszustandes. Doch lässt sich so viel mit Sicherheit behaupten, dass auch nur Spuren von Aphasie niemals an ihm beobachtet worden sind. Aus seinen vereinzelten Antworten liess sich auch schliessen, dass für einfachere Fragen das Sprachverständniss bei dem Patienten erhalten war. Hinsichtlich des motorischen Verhaltens entsprach der Zustand einem mässigen Grade von Bewegungsunruhe, aber ohne Beimischung eigentlich motorischer Symptome, am meisten dem Begriffe des rathlosen Bewegungsdranges entsprechend. Patient rutschte in seinem Bett hin und her, nahm die merkwürdigsten Stellungen ein, baute sich mit den Matratzenstücken eine Art von Käfig, nestelte an seinem Hemd, streifte es ab, drehte die Decke zusammen u. dergl. mehr. Zum Verlassen des Bettes war er schwer zu bewegen, augenscheinlich, weil dieser Aufenthalt ihm allmählich vertraut geworden war. Ein ausgeprägt angstvoller Affect wurde immer nur dann, wenn eine Aenderung seiner Lage herbeigeführt wurde, beobachtet, sonst bestand dauernd ein nur mässiger rathloser Affect oder gar eine affectlose Stimmung. Zur Besorgung seiner Bedürfnisse musste Patient angehalten werden, sonst verunreinigte er sich, offenbar aus Desorientirtheit. Hallucinationen liessen sich nicht vollständig ausschliessen, waren aber sicher nicht reichlich vorhanden und keineswegs die Veranlassung seiner übrigens nicht continuirlichen Bewegungsunruhe. Mit Nachlass der geschilderten Symptome trat der Kranke in die Reconvalescenz ein.

Achtundzwanzigste Vorlesung.

Ein Fall acuter Autopsychose auf hysterischer Basis, Schilderung autopsychischer Rathlosigkeit. Beispiele von alternirendem Bewusstsein, der „zweite Zustand“ französischer Autoren. Quartalssäufer. Heilung eines solchen durch Brombehandlung. Die erworbene moral insanity, eine besondere Form der Autopsychose. Beispiel eines solchen Falles von recidivirendem Verlauf.

Meine Herren!

Die Beispiele acuter Geisteskrankheit, die ich Ihnen bis jetzt vorgeführt habe, lassen sich als verhältnissmässig reine und einfache Fälle acuter Somatopsychose und acuter Allopsychose auffassen, da ihre hauptsächlichen Elementarsymptome in der erst geschilderten Krankheitsgruppe in solchen Störungen der secundären Identification bestanden, welche sich auf die Auffassung der Körperlichkeit, in der zweiten Krankheitsgruppe in solchen, welche sich auf die Auffassung der Aussenwelt bezogen. Diese Identificationsstörungen selbst betrafen ausschliesslich das sensorische Gebiet, das Verhältniss von s zu A unseres Schemas, wenn auch im Einzelnen die Unterordnung der Symptome in das Gebiet der Anaesthesie, der Paraesthesie und der Hyperaesthesie vielfach fraglich und der Willkür überlassen blieb. Wir kommen jetzt, wenn wir die bisher entwickelten Vorstellungen von dem psychischen Mechanismus consequent verfolgen, zu der Frage: giebt es analoge Störungen der secundären Identification auch auf dem dritten von uns unterschiedenen Bewusstseinsgebiete, dem der Persönlichkeit, oder mit anderen Worten, lässt sich unser aus der Annahme centripetal leitender, aber über das nächste sensorische Projectionsfeld in associirte Projectionsfelder hineinreichender, dennoch aber eine physiologische Continuität darstellender Bahnen abgeleitetes Schema auch auf die Beziehungen viel complicirterer associativer Complexe unter einander übertragen? Es ist ohne Weiteres ersichtlich, dass eine Antwort darauf ausschliesslich nach den Erfahrungen der Klinik gegeben werden kann, indem ja

unser ganzes Schema keinen anderen Werth beanspruchen darf, als den eines bequemen Hilfsmittels für die auf unserem Gebiete so ausserordentlich schwierige objective Darstellung der Symptome. Sie werden nun schon aus den einleitenden Bemerkungen zu Beginn unserer Demonstrationen entnommen haben, dass es sich als nothwendig ergiebt, ganz ebenso wie eine somatopsychische und allopsychische Desorientirung und Rathlosigkeit — wir hatten ausserdem noch die motorische Desorientirung und Rathlosigkeit kennen gelernt — so auch eine autopsychische Desorientirung und Rathlosigkeit als Wirkung acuter Psychosen anzuerkennen.[1]) Es giebt also in der That analoge Identificationsstörungen, wie auf dem Gebiete der Körperlichkeit und der Aussenwelt, auch auf dem autopsychischen Gebiete, und daraus ergiebt sich die Berechtigung, unter den acuten Psychosen eine besondere Gruppe, die der acuten Autopsychosen, herauszuheben.

Dass die Möglichkeit, sich irgend eine räumliche Vorstellung von den in Betracht kommenden Bahnen zu machen, im Gebiete des Bewusstseins der Persönlichkeit aufhört, habe ich wiederholt hervorgehoben. Das wird uns aber natürlich nicht abhalten, anzuerkennen, dass in dem complicirten Gesammtbegriff der Persönlichkeit — der Summe aller Erinnerungen, wie ich sie früher definirt habe, um den Gegensatz zu den beiden anderen Bewusstseinsgebieten als der Summe aller Erinnerungsbilder recht hervortreten zu lassen — Unterabtheilungen möglich und wirklich vorhanden sind, die empirisch festgestellt sind und deshalb Anerkennung fordern. Der Charakter, die oft von einander recht unabhängigen verschiedenen Interessengruppen, wie das Berufs- und Familieninteresse u. s. w. sind Beispiele dafür. Weiter werden wir aber annehmen müssen, dass in der Summe aller Erinnerungen ein engerer Complex davon enthalten sein muss, welcher jedem Menschen als Persönlichkeit im engeren Sinne erscheint und als eine Einheit empfunden wird. Eine Störung der Identification diesem Complex gegenüber kann zu Stande kommen, ohne dass das Gedächtniss in dem früher von mir definirten Sinne nachweislich Schaden gelitten hat, und es muss dann dahin gestellt bleiben, ob die für die Sinnesempfindungen anwendbaren Unterscheidungen von Hyperaesthesie, Paraesthesie und Anaesthesie hier überhaupt noch am Platze sind. Ich möchte lieber von dem Versuch solcher Unterscheidungen ganz abstehen. Die Ausdrücke: psychische Anaesthesie, psychische Hyperaesthesie u. dergl. mehr, die Sie bei anderen Autoren[2]) antreffen werden, haben natürlich eine ganz an-

---

1) Vgl. S. 222.

2) Ich meine besonders Griesinger und Emminghaus.

dere Bedeutung, sind aber auch meines Erachtens wegen ihrer subjectiven Färbung nicht zweckmässig gewählt. Im Folgenden erblicke ich eins der lehrreichsten Beispiele von ganz acut, fast apoplektiform entstandener Autopsychose, in welchem ebensowohl der Affect der autopsychischen Rathlosigkeit als die Beirrung in der autopsychischen Orientirung sehr rein zu beobachten waren. Zum Theil bediene ich mich der eigenen Worte nach Aufzeichnungen und mündlichen Berichten der hoch gebildeten und ungewöhnlich ausdrucksfähigen Patientin.

Das jetzt 50jährige Fräulein v. F. war mehrere Jahre in meiner Behandlung und ist jetzt bis auf gewisse subjective Klagen wohl als geheilt zu bezeichnen. Bis zu ihrer Erkrankung litt sie nur an leichten hysterischen Erscheinungen, namentlich Druck auf dem Kopf, unmotivirten Weinanfällen, dem Gefühl grosser Abspannung. In dem ungewöhnlich heissen Sommer 1886 wurde sie zwei Monate lang durch anstrengende Thätigkeit in einem wohlthätigen Verein in der grossen Stadt festgehalten und litt sehr unter der Hitze. Erst im Juli konnte sie aufs Land zu einer befreundeten Familie gehen, wo sie sich die ersten vierzehn Tage erholte, gut schlief und auch den Kopfschmerz verlor. Eines Abends, nachdem sie sich mit Gartenarbeit angestrengt hatte, fühlte sie sich verstimmt, war empfindlich, Alles verdross sie. Den nächsten Tag war sie noch verdriesslicher und fühlte sich so nervös, dass sie sich mehrmals die Thränen verbeissen musste. „Dabei schwebte in der Natur ein Gewitter.“ In der darauffolgenden Nacht erwachte sie plötzlich nach einem lebhaften Traum unter Angstgefühl und so starkem Herzklopfen, dass sie die Hände „fest auf das Herz drücken musste, um es vor dem Zerspringen zu bewahren“. Sie fühlte sich schwindlig, hatte das Gefühl, als schwände ihr der Verstand und als ob der Kopf von einem Filz überzogen wäre. Sie versuchte das Fenster zu öffnen oder die Thür, um ins Freie zu gelangen, fand aber Alles verschlossen und musste sich darauf beschränken, kalte Umschläge über den Kopf zu machen. „So kam sie sich wie eine Gefangene vor und wanderte stundenlang in den engen Räumen auf und ab, indem sie sich bald die Briefe von den Ihrigen hervorsuchte, bald sich den Spiegel vorhielt, um sich ihrer eigenen Identität zu versichern.“ Am nächsten Morgen fühlte sich Patientin sehr krank, sie blieb dann fast vollständig schlaflos und litt besonders an einer stundenweise sie befallenden heftigen Angst. Der Gedanke, sie werde den Verstand verlieren, verliess sie die nächsten Tage nicht und machte sie gegen Alles unempfindlich, überall wurde es ihr zu eng, sie

musste möglichst ins Freie. Auch allein zu sein, versetzte sie in Angst, und besonders schrecklich war ihr die Fahrt nach Hause im Eisenbahncoupé, sie glaubte herausspringen zu müssen. Die Nacht nach ihrer Heimkehr schlief sie jedoch das erste Mal wieder besser. Es bildete sich dann ein im Ganzen stabiler Zustand heraus, der mit geringen Schwankungen der Intensität Jahre lang anhielt, und den ich versuchen will, Ihnen mit den eigenen Worten der Patientin zu schildern.

Ich citire zu diesem Zweck einige auf meinen Wunsch aufgezeichnete Tagebuchnotizen aus dem Sommer des der Erkrankung folgenden Jahres.

„Nach meiner traurigen Erfahrung verhält sich die Sache so, dass ich fortwährend in dem Bann des geistigen Unvermögens stehe, mein eigenes Wesen, geistiges und leibliches, zu erfassen. Die Bemühungen, dies zu erreichen, verursachen mir unaufhörliche Qual, und ich muss die Versuche, den Schlüssel zu der mir räthselhaften geistigen Erscheinung zu finden, immer wieder erfolglos aufgeben. Ich bin mir meiner selbst nicht bewusst, muss mir immer vorsagen, wer ich bin, wie ich heisse. Ich versuche mir von innen heraus selbstbewusst zu werden, vergeblich, ebenso durch Anschauen meines äusseren Menschen, auch dieser ist mir völlig fremd und unbewusst; so erzeugt dieser Zustand furchtbare Qualen. Ebenso geht es mir mit der Vergangenheit. Ich weiss wohl noch alles darin mir Geschehene, das von mir Erlebte, es ist mir aber, als müsste das ein anderer, mir fremder Mensch erlebt haben. Meine Sprache ist mir meist auch ganz fremd, es ist, als ob ein anderer Mensch aus mir spräche, doch hat sich dies Symptom erst gegen Ende des Winters eingestellt. Die bekannten alt vertrauten Verhältnisse zur Familie und zu Freunden scheinen mir ungreifbar und ferngerückt, die liebsten, bekanntesten Menschen erscheinen mir oft fremd und sonderbar. Eine Zeit lang kam ich mir identisch mit meiner Schwester Olga vor. Fremde, neue Menschen sind mir nicht so unheimlich und können mich zeitweilig aus mir heraus bringen.

Durch Betrachtung meiner Glieder habe ich auch immer mein Bewusstsein wieder zu erhalten gehofft, doch endete dies Bestreben stets mit dem Gefühl, etwas Bekanntes gesehen zu haben, ohne der Einheit meines Leibes und Geistes bewusst werden zu können. Beim Spazierengehen bin ich besonders im Winter oft in einem Zustand gänzlichen Unbewusstseins herumgewandert. Dann wieder bin ich als ein ganz fremdes Wesen gewandelt. Schrecklich waren

auch die Tage, die im Winter alle Wochen vorkamen, an denen ich so nervös war, dass ich mich nicht zu bewegen, selbst im Bett mich nicht umzuwenden wagte, weil schon der dazu nöthige Grad von Bewusstsein mir Qualen bereitete. Es ging so weit, dass ich immer angelehnt sitzen musste, weil ich den Rücken nicht frei haben konnte, ohne dadurch zu der Frage veranlasst zu werden, ob derselbe zu mir gehöre. Empfindlich und reizbar bin ich im hohen Grade, trotz aller Selbstbeherrschung oft unausstehlich und ungeniessbar. Wahrscheinlich will ich etwas ergründen, was unergründlich ist... denn immer ist mir zu Muthe, als sei ich aus mehreren Menschen zusammengesetzt, von denen keiner der rechte, ich selbst sei. Am besten ist es noch, wenn ich ganz mechanisch dahinlebe oder soviel wie möglich das Suchen nach mir selbst unterdrücken kann. Die schlimmsten Tage sind diejenigen, an welchen sich zu diesem Suchen noch Unruhe und Angst gesellen." Des Weiteren schildert die Patientin heftige Kopfschmerzen, bald als Druck in der Mitte des Kopfes, bald als Pochen in den Schläfen, auch Rückenschmerzen. Dieselben bringen immer das Gefühl eines Zwanges hervor. Oft sei es, als würde der Kopf zusammengedrückt oder innerlich Alles zusammengezogen.

Erst nach einigen Jahren dieses von der Patientin als ganz unerträglich empfundenen Zustandes trat allmählich eine Besserung ein, und im Jahre 1890 fühlte sich Patientin fast gesund. Im Anschluss an das Klimakterium trat 1894 ein Rückfall ein, der aber lange nicht so heftig als der erste Anfall auftrat und noch jetzt nach drei Jahren nicht vollständig überwunden ist. Indessen ist das Allgemeinbefinden dadurch wenig gestört, Patientin sieht blühend und noch auffallend jugendlich aus.

Um über die Bedeutung dieses Krankheitsfalles keinen Zweifel aufkommen zu lassen, habe ich noch Folgendes zu bemerken. Wenn auch die Selbstbeherrschung der Patientin dem Arzte gegenüber immer so weit erhalten blieb, dass sie immer societätsfähig erschien, so steigerte sich doch das Unglücksgefühl der Patientin häufig zu fast unerträglicher Höhe und rücksichtslosen Ausbrüchen der Verzweiflung den Angehörigen gegenüber. Jahre lang bestand der ausgesprochenste Lebensüberdruss, und die Befürchtung des Selbstmordes war nur deshalb nicht imminent, weil Patientin durch ihre religiöse Gesinnung davon abgehalten wurde, zum Theil auch einen gewissen Trost in der Religion fand. Nicht nur aus eigenem Antriebe, sondern weil es ihr Zustand erforderte, hielt Patientin sich Jahre lang von menschlichem Umgang ganz abgeschlossen, und nur

die grosse Aufopferung und persönliche Anhänglichkeit namentlich einer älteren Schwester, welche ihre Abgeschiedenheit theilte, ermöglichte es, dass die ärztliche Behandlung der Patientin ausserhalb einer Irrenanstalt durchgeführt werden konnte. Aus allem dem geht hervor, dass der Krankheitszustand der Patientin als eigentliche Geisteskrankheit und trotz der wohl erhaltenen formalen Denkthätigkeit keineswegs als ein mehr in das Gebiet der Neurosen gehörender Grenzfall aufzufassen war.

Für unseren Standpunkt liegt der Fall auch sehr klar, da er ein typisches Beispiel autopsychischer Rathlosigkeit und Desorientirung darbietet. Die Beimischung von somatopsychischer Rathlosigkeit und Desorientirung wird uns in dieser Auffassung nicht beirren, sondern im Gegentheil gerade noch bestärken. Die mannigfachen abnormen Empfindungen, über welche Patientin klagte, gehören nur zum Theil dahin, zu einem anderen Theil haben sie wohl die Bedeutung selbstständiger hysterischer Begleiterscheinungen.

Was die Aetiologie des Falles anbelangt, so wird man seine Unterbringung in das vielgestaltige Bild der hysterischen Psychosen nicht beanstanden. Maassgebend dafür dürfte die innere Verwandtschaft des Symptomenbildes mit anderen zweifellos hysterischen Geisteskrankheiten sein, auf die ich bald zu sprechen kommen werde. Ueber unseren Fall nur noch so viel, dass der Verlauf der Krankheit ein continuirlicher und bei Berücksichtigung grösserer Zeiträume deutlich descendirender war. Die intercurrenten Intensitätsschwankungen wurden zwar subjectiv sehr stark empfunden und waren häufig, blieben aber für die objective Beurtheilung wenig erheblich. Von einem Wechsel der Symptome, wie er angeblich für die Hysterie charakteristisch sein soll, war nie die Rede. Uebrigens fehlten eigentliche hysterische Stigmata wie Ohnmachten, Sensibilitätsstörungen, Ovarie u. dergl. mehr.

Meine Herren! In der Literatur und zwar nicht nur der psychiatrischen, sondern auch der schönwissenschaftlichen, werden Sie schon auf Fälle gestossen sein, die mit dem eben geschilderten eine gewisse innere Verwandtschaft haben, ich meine die Zustände von doppeltem oder auch alternirendem Bewusstsein, von psychiatrischer Seite oft auch unzweckmässig als Dämmerzustände bezeichnet. Letzterer Name sollte aber durchaus für diejenigen acuten Psychosen vorbehalten werden, welche das Merkmal einer Benommenheit des Sensoriums, also einer eigentlichen Bewusstseinstrübung merklichen Grades, an sich tragen. Davon ist bei den vorher bezeichneten Krankheitsfällen nicht die Rede, das Sensorium ist dabei anscheinend wohl erhalten, dagegen handelt es sich gewissermaassen um

eine Unterbrechung der Continuität in dem Bewusstsein der Persönlichkeit, der Art, dass zwei von einander ganz verschiedene Persönlichkeiten sich gegenseitig ablösen, die eine an die Stelle der anderen tritt. Dabei kann die Erinnerung an die krankhaft abgeänderte Persönlichkeit, d. h. die Erlebnisse, Handlungen, Gedankenthätigkeit derselben entweder vollständig verloren gegangen sein — es besteht ein autopsychischer Erinnerungsdefect für die entsprechende Zeit — oder es bleibt nur eine summarische, verschwommene oder nur auf einzelne Handlungen und Erlebnisse dieser Zeit sich erstreckende Erinnerung bestehen. Was uns hier interessirt, ist jedoch nicht der Erinnerungsdefect, sondern der Geisteszustand in der Zeit, auf die sich der Erinnerungsdefect bezieht, den man wegen seiner merklichen Abweichung von dem Inhalt des Bewusstseins der Persönlichkeit im normalen Zustande als „zweiten Zustand", second état der französischen Autoren, bezeichnet hat. Derartig wechselnde, in jeder Phase für sich aber gleich bleibende Zustände, von denen der eine der Norm, der andere dem krankhaften Zustande angehört, können in mehrfachem Turnus einander folgen, und die Erinnerung sich dann immer ausschliesslich auf die gleichsinnigen Phasen zurück erstrecken, so dass thatsächlich das Bewusstsein der Persönlichkeit in zwei, in seltenen Fällen auch mehr von einander unabhängige Gruppirungen zerfallen scheint, die ihre Coexistenz in einem Gehirne gewissermaassen nur dem Zufall zu verdanken haben. Die Unabhängigkeit der einen Persönlichkeit von der anderen beschränkt sich dabei nicht auf die Auswahl bestimmter Erinnerungen, sondern auch auf das Gebiet der Interessen, Neigungen und Abneigungen, Charaktereigenschaften u. dergl. mehr. Ein bisher untadelhafter Charakter kann in dem zweiten Zustande die Gemüthsverfassung eines verthierten Verbrechers darstellen.[1]) Diese höchst räthselhaften Zustände sollen in ihrer Thatsächlichkeit nicht angetastet werden, auch ihr theoretisches Interesse will ich nicht leugnen. Sie scheinen aber zum Theil Kunstproducte hypnotischer Suggestion zu sein und sind ausserdem so selten — ich habe z. B. noch nie einen solchen Fall zu Gesicht bekommen —, dass sie uns gegenüber den dringenderen Anforderungen der Klinik nicht aufhalten dürfen. Es genüge sie erwähnt zu haben.

Dagegen kommen etwas häufiger vereinzelte Anfälle eines solchen second état zur Beobachtung, und zwar, wie es scheint, ausschliesslich auf hysterisch- oder epileptisch- oder alcoholistisch-degenerativer

1) Vgl. dazu die Diss. inaug. von Wolfgang Bohn: Ein Fall von doppeltem Bewusstsein, Breslau 1898.

Basis. In unserer Klinik sind im Laufe eines Jahres nicht weniger als vier derartige Fälle zur Aufnahme gelangt. Nur einer davon gehört vielleicht in die Kategorie der Dämmerzustände. Am 11. Juni 1896 Nachts wurde ein 23 jähriger Kaufmann in benommenem Zustande aufgenommen, der über Angst klagte, allopsychischen Beziehungswahn und allopsychische Angstvorstellungen äusserte, mangelhaft orientirt war und sich verfolgt glaubte. Man erfuhr, dass er am 31. Mai eine eine halbe Minute dauernde Absenz, begleitet von eigenthümlichen Bewegungsstörungen, gehabt, am 1. Juni seine Wohnung bei den Eltern verlassen hatte und seitdem nicht zurückgekehrt war. Ein Schorf am linken Zungenrande liess auf einen kürzlich überstandenen Krampfanfall schliessen. Schon am 14. Juni vollständige Beruhigung und beginnende Krankheitseinsicht, aber fast vollständiger Erinnerungsdefect für die Zeit vom 1. bis 12. Juni, mit Ausnahme ganz vereinzelter Bruchstücke von Erinnerungen. Ende Juli konnte Patient geheilt entlassen werden. Patient war kein Trinker, ohne erbliche Belastung mit Epilepsie, hatte nie früher einen epileptischen Anfall gehabt. Bis zur Zeit seiner Aufnahme war er nicht für krank gehalten worden. Er hatte sich in dieser Zeit eine eigene Wohnung gemiethet und sich zwei Tage lang bei einem Mädchen aufgehalten, mit dem er ein Verhältniss hatte. Jedenfalls fallen eine Anzahl der complicirtesten und einen überlegten Eindruck machenden Handlungen in diese Zeit, und eine dem Laien kenntliche Geisteskrankheit konnte nur kurz vor der Aufnahme zum Ausbruch gekommen sein. Sie scheint den Uebergang des krankhaften zweiten Zustandes in die normale Persönlichkeit zu markiren. Es kam zu keiner vollkommenen Restitution des Erinnerungsdefectes.[1]) — Ein zweiter Fall betraf einen 26 jährigen aus dem Elsass stammenden jüdischen Kaufmann. Er wurde am 19. September 1896 in leicht benommenem, schwer erschöpftem Zustande aufgenommen, behauptete, Felix Faure, der Präsident von Frankreich, zu sein und vor drei Wochen mit dem Velociped von Paris aus zu der Tour Lille — Luxemburg — Basel — Constanz — Ragaz — Innsbruck — Wien — Warschau — Breslau aufgebrochen zu sein. Nach tiefem Schlafe schon am folgenden Tage volle Krankheitseinsicht. Patient wurde am 14. October geheilt nach Hause entlassen. Von seiner Rundfahrt gab er an, dass er sie „halb im Dusel" zurückgelegt, streckenweise auch die Bahn benutzt habe. Seine Rückerinnerung daran war ganz verschwommen.

1) Wiederaufnahme desselben Kranken am 3. Januar 1898 nach einem Selbstmordversuch auf offener Strasse. Erinnerungsdefect für drei Tage, eine für Zungenbiss verdächtige Stelle. Zwischenzeit gesund.

Trotzdem muss man annehmen, da der hochgradig schwerhörige, ausserdem noch schwachsichtige Mensch seine Tour ohne Schaden zurückgelegt hat, dass er eine Reihe von complicirten Handlungen anscheinend in bewusstem Zustande ausgeführt hat und offenbare Zeichen von Geisteskrankheit erst in Folge der übermässigen Strapazen an den Tag gelegt hat. Nach seiner Angabe entstammte er einer schwer belasteten Familie, beging häufig Absynthexcesse und hatte schon vor sechs Jahren einmal im Anschluss an Alcoholexcesse zehn Tage in St. Anne zubringen müssen. Die Wahnidee, Präsident von Frankreich und vom Czaren nach Warschau bestellt zu sein, will ihm erst in Wien eingekommen sein. Für die Zeit vor seiner Abreise von Paris gute Rückerinnerung. — Ein 44 jähriger Kaufmann, der seit Jahren an Anfällen von Trunksucht, sogenannten Semmelwochen, litt, wurde am 1. September 1896 aufgenommen und zeigte bei der Aufnahme durch leichte motorische Unruhe, leichten Tremor, Schlaflosigkeit, Klagen über Unruhe und Druck im Kopf noch die Spuren des acuten Alcoholismus. Seine Erinnerung reichte nur bis zum 18. August zurück, dem Zeitpunkt, wo er aus Wolgast abreiste, um in Breslau eine andere Stellung anzutreten. Für die Zwischenzeit bestand absolute Amnesie. Auf der Abtheilung zeigte er sich apathisch, gleichgültig, ohne Beschäftigungsbedürfniss, mit subjectiver Erschwerung des Denkens gegenüber complicirteren Leistungen, die Merkfähigkeit aber, die Aufmerksamkeit, das Urtheil über seine Mitkranken waren annähernd normal. — Der vierte Fall betraf ein 19 jähriges Dienstmädchen, das von einem epileptischen Vater abstammte, seit $1^1/_2$ Jahren an sporadischen epileptischen Anfällen litt und vor Eintritt einer Serie von epileptischen Anfällen ihren Dienst verlassen hatte und Stunden lang herumgeirrt war. Rückerinnerung nur an den Beginn dieses praeepileptischen Dämmerzustandes, an alles Folgende nicht.

Einen sehr merkwürdigen und lehrreichen Fall aus Forel's Beobachtung beschreibt Naef.[1]) Er betrifft einen 32 jährigen gebildeten Mann mit schwerer erblicher Belastung und selbst immer schwer nervös, der sich seit einigen Monaten in einer Beamtenstellung in Australien befand, in amtlicher Mission nach einer Stadt im Inneren reiste und dort acut erkrankte, wahrscheinlich an einem Anfall des Denguefiebers. Um an seinen gewöhnlichen Aufenthaltsort zurückzukehren, begiebt er sich zur Eisenbahn, weiss aber, nach 36 stündiger Fahrt dort angekommen, von seiner Absicht nichts mehr, glaubt an einem

1) Ein Fall von temporärer totaler theilweiser retrograder Amnesie. Diss. inaug. Zürich 1898.

fremden Ort zu sein, wird von einer ihm bekannten Dame gesehen, ohne dass er sie wiedererkennt, reist nach einem zweiten Hafenorte weiter, der ihm von seiner Hinreise her bekannt sein musste, erkennt diesen ebenfalls nicht wieder und reist nach Europa zurück, wo er sich mehrere Wochen zwecklos in Zürich aufhält und erst aus einer Zeitungsnotiz, welche das auffällige Verschwinden des betreffenden Functionärs aus der australischen Stadt zum Inhalt hat, auf die Vermuthung kommt, diese Notiz könne seine Person betreffen. Er hat, wie er in die Beobachtung Forel's kommt, einen fast totalen Erinnerungsdefect für eine etwa acht Monate umfassende Zeit, welche nicht nur die Erlebnisse in Australien und die Hin- und Rückreise, sondern auch die Zeit der Bewerbung um diese Stellung und der Vorbereitung dafür umfasst. Forel gelingt es in mehrmonatlicher Behandlung, die freilich durch einen hysterischen Anfall eingeleitet wird, auf höchst sinnreiche Weise mit Hilfe hypnotischer Suggestion die Gedächtnisslücke wieder auszufüllen. Es wird der Nachweis geführt, dass der sogenannte Dämmerzustand erst von dem Fieberanfall datirt, dass demnach der Gedächtnissdefect für die weiter zurück liegende Zeit als sogenannte retroactive Amnesie aufzufassen ist. Was uns hier näher interessirt, das ist hauptsächlich die Schilderung des zur Zeit der Beobachtung noch vorhandenen, wenn auch im Abklingen begriffenen zweiten Zustandes. Freilich wäre eine eingehendere Untersuchung nach manchen Richtungen, die nicht berücksichtigt worden sind, sehr erwünscht gewesen, doch lässt sich immerhin manches Werthvolle entnehmen. Um eine eigentliche Benommenheit kann es sich höchstens in der allerersten Zeit nach Antritt der Rückreise bei dem Patienten gehandelt haben, später während der ganzen complicirten Reise und während seines Aufenthaltes in Zürich muss der Patient einen annähernd normalen Eindruck gemacht haben. Auf dem Schiff muss Patient einen falschen Namen angegeben haben, vielleicht war ihm damals ein noch grösserer Theil seiner Persönlichkeit entschwunden. Die Erinnerung an die Reiseerlebnisse, welche sich unter Forel's Behandlung als noch reproducirbar herausstellte, war insofern sehr summarisch, als sie sich auf eine lose Aneinanderreihung der auffälligsten Vorkommnisse beschränkte, ohne dass der Patient sich der Motive zu seinen Handlungen bewusst war, bis auf den einen dunklen Trieb, in die Heimath zu gelangen. Dabei beschäftigte sich der Patient auf dem Schiffe mit Spazierengehen und Lesen, z. B. las er Dickens'sche Romane. Ein ähnliches mehr vegetirendes Leben führte Patient in Zürich, wo er mehrere Wochen verweilte, ohne daran zu denken,

dass er Angehörige und Heimath ganz in der Nähe habe. Erst die Zeitungsnotiz erweckte den Affect autopsychischer Rathlosigkeit, der ihn veranlasste, ärztliche Hilfe nachzusuchen. Nach der Schilderung des Patienten muss seine Merkfähigkeit in diesem zweiten Zustande sehr reducirt gewesen sein, die Aufmerksamkeit wurde nicht specieller geprüft. Die Amnesie für die Zeit des zweiten Zustandes ist als Folge der verminderten Merkfähigkeit verständlich und wird auch von Forel so gedeutet. Zu erwähnen ist noch zeitweilig gestörter Schlaf, allerlei hypochondrische Sensationen und ein nervöses Zucken der Augenlider bei dem auch in der Ernährung reducirten Patienten.

Sie sehen, meine Herren, dass die Fälle des sogenannten zweiten Zustandes unter einander sehr verschieden sein können. Ihre zeitliche Ausdehnung beträgt bald nur wenige Stunden, bald umfasst sie mehrere Monate. Eingeleitet werden sie gewöhnlich durch einen epileptischen oder hysterischen oder hystero-epileptischen oder kataleptischen Anfall oder einen wirklichen Dämmerzustand, sei es hysterischer, sei es alcoholistischer Entstehung. Nur schwer belastete Menschen, sogenannte Degenerirte, sind dieser Krankheit ausgesetzt. Zurück bleibt ein Erinnerungsdefect, der entweder total ist oder nur summarische Rückerinnerung gestattet, und an den sich manchmal noch ein weiterer Defect, der in das Gebiet der retroactiven Amnesie fällt, anschliesst. Die Heilung wird, wie bei allen Geisteskrankheiten, durch die Krankheitseinsicht gekennzeichnet, die Ausgleichung des Erinnerungsdefectes, so wichtig sie in praktischer Beziehung sein kann, ist dafür ohne Bedeutung. Versuchen wir eine nähere klinische Begriffsbestimmung, so handelt es sich um das plötzliche Auftreten eines veränderten Bewusstseinsinhaltes im Gebiete der Persönlichkeit, also zweifellos um eine acute Autopsychose. Die Unterbrechung der Continuität in dem Bewusstsein der Persönlichkeit, die totale autopsychische Desorientirtheit, womit erst die Möglichkeit einer neuen, von der früheren verschiedenen Persönlichkeit gegeben ist, bringt es auch mit sich, dass der Affect autopsychischer Rathlosigkeit, der für die erst geschilderte Kranke so charakteristisch war, hier ganz fehlt oder nur zeitweilig während der Restitution zur Erscheinung kommt. Schon in diesem Verlust der Continuität ist ein Defectzustand begründet; derselbe macht sich aber ausserdem noch darin geltend, dass durch eine Art von Nivellirung der Vorstellungen ein Ausfall an den die normale Persönlichkeit zusammensetzenden, überwerthigen Ideen, also ein veränderter und, wie leicht verständlich, minderwerthiger Charakter resultirt. Der Antrieb zu Handlungen scheint immer nur der jeweiligen

Situation und den einfachsten egoistischen Motiven entnommen zu sein.[1]) Die nähere Kenntniss der Symptomatologie ist leider sehr unvollkommen und dadurch erschwert, dass die meisten derartigen dem Laien als gesund imponirenden Patienten in der Zeit ihrer Krankheit nicht in sachverständige Beobachtung kommen. Von den eigentlichen Dämmerzuständen, die sich durch Benommenheit und mehr oder weniger ausgeprägte allopsychische Desorientirtheit leicht erkennen lassen, sollte jedenfalls die vorliegende Krankheit streng unterschieden werden. Die Dämmerzustände bieten eben immer mehr als den geschilderten Symptomcomplex, sie mögen, wie ich gern zugeben will, häufig eine Steigerung desselben darstellen, wie denn auch ihre Aetiologie zum grossen Theil übereinstimmt. Ich vermuthe, dass eine relativ gute Aufmerksamkeit und schlechte Merkfähigkeit in allen einschlägigen Fällen anzutreffen sein dürfte, vielleicht auch eine concentrische Einengung der Gesichtsfelder. Entsprechend der psychischen Einengung der Persönlichkeit auf überwiegend egoistische Vorstellungsreihen scheint meist eine leicht gehobene Stimmung, eine ungewöhnlich leichtlebige Auffassung der Situation, wenn nicht gar ein Neigung zu Brutalität zu bestehen. Flüchtige Grössenideen können sich dem entsprechend zeigen. Daher die nicht wegzuleugnende Verwandtschaft mit dem Bilde der Manie, in welcher Sie dennoch eine durchaus verschiedene Krankheit kennen lernen werden.

Es sind die Fälle sogenannter raisonnirender Manie, welche wohl zum Theil wirklich hierher gehören, einer Art der Manie, welche nur aus den sogenannten maniakalischen Handlungen der Kranken erschlossen wird. Bei häufigerer Wiederkehr derartiger Zustände spricht man wohl von periodischen Manien, eine doppelt irrige Bezeichnung, da weder von einer Periodicität noch von einer wirklichen Manie die Rede sein kann. Bei diesen sogenannten periodischen Manien kommt es namentlich nach Angabe französischer Autoren häufig vor, dass in den Anfällen immer der gleiche Vorstellungsinhalt wiederkehrt und daraus auch die gleiche, oft bis in die Einzelheiten übereinstimmende Handlungsweise resultirt. Ein Fall der Art ist mir erinnerlich, in welchem ein dem Schreiberstande angehörender Mann dadurch, dass er sich für einen Arzt ausgab, anscheinend raffinirte Betrügereien wiederholt und immer in der gleichen Weise ausführte, so dass die Polizei schliesslich schon an der Art des Betruges den Thäter erkannte. Der Fall klärte sich später dadurch auf, dass der Patient in epileptischen Blödsinn verfiel. Gerade

1) Man vergleiche darüber die oben citirte Dissertation aus meiner Klinik.

wegen der Wichtigkeit derartiger Fälle in praktisch forensischer Beziehung ist es zu bedauern, dass die klinische Kenntniss des sogenannten zweiten Zustandes noch so viel zu wünschen übrig lässt; denn es liegt auf der Hand, dass forensische Fälle kein geeignetes Material sind, um aus ihnen die Symptomatologie einer bestimmten Geisteskrankheit abzuleiten. Liegt doch gerade die Simulation eines Erinnerungsdefectes für Verbrecher jeder Art nahe und ist am leichtesten durchzuführen.

Aehnlich complicirt liegen die Verhältnisse in dem Falle der sogenannten Quartalssäufer („Semmelwochen“); doch stehe ich nicht an, die grosse Mehrzahl dieser Fälle hierher zu rechnen. Auch für diese ist die jetzt in der psychiatrischen Nomenclatur vorherrschende, ziemlich allgemein übliche Unterbringung in die periodische Manie aus den oben angeführten Gründen vollkommen verfehlt, namentlich ist eine eigentliche Periodicität nur in den wenigsten Fällen nachweisbar, und wenn man den der Volksstimme entlehnten Ausdruck Quartalssäufer dafür geltend machen will, so ist zu bedenken, dass durch äussere Verhältnisse die Gelegenheit, Alcohol zu trinken und gleichgesinnte Gesellschaft aufzusuchen, sich für gewisse Gesellschaftsklassen quartalsweise wiederholt. In vielen Fällen liegt es eben so, dass das erste Glas alcoholischen Getränkes erst den Anstoss giebt, überhaupt zu excediren. Am ehesten mag die Periodicität noch für solche Fälle zutreffen, in denen ein Angstgefühl zum Genuss von Alcohol drängt, doch wird die Häufigkeit dieser Fälle überschätzt.

So gab der oben[1]) erwähnte Kranke aus unserer Klinik, über diesen Punkt befragt, folgende Erklärung ab: „Ich kann nicht sagen, dass ich je einmal das Gefühl gehabt hätte, gezwungen zu sein, zu der oder jener Tageszeit ein Glas Bier oder einen Schnaps zu trinken, ein derartiges Gefühl tritt bei mir selbst nach Monaten nicht ein. Es ist aber festgestellt, dass ich in einem durch geistige Getränke erregten Zustande ein weiteres Trinken erstrebe. In verschiedenen Fällen bin ich in Gesellschaften gerathen, die ich nimmer würde aufgesucht haben, wenn ich nicht durch den Genuss geistiger Getränke in meinem gesunden Denkvermögen gehindert worden wäre. Ich habe den Beginn und den Ausgang derartiger Situationen niemals klar legen können, und es ist mir später, wenn mir von Freunden die Vorfälle erzählt worden sind, bei denen ich die kindischste Rolle gespielt hatte, geradezu unfassbar erschienen, dass

1) Vgl. S. 313.

ich als anständiger und nach meiner Meinung geistesgesunder Mensch in derartige Situationen gekommen bin und mir später eine Klarlegung derselben vollständig unmöglich gewesen ist.“ Dieser Mann bezeichnete sich selbst als nervös, eigensinnig und reizbar, litt zeitweilig an Herzklopfen und wurde durch geschäftliche Aergernisse leicht aufgebracht. Er war schon früher einmal vierzehn Tage lang aus dem Geschäft weggeblieben und besass trotzdem auch von dem dadurch betroffenen Principal die besten Zeugnisse. Noch unzweideutiger ist die Auskunft, die ich von einem hochgestellten richterlichen Beamten über seine in dieses Gebiet gehörigen Zustände erhielt. Dieser 47jährige, aus einer schwer belasteten adligen Familie stammende Herr hatte vor 16 Jahren einen vereinzelten mehrere Stunden dauernden Status epilepticus durchgemacht. Seit fünf bis sechs Jahren litt er zeitweilig an Erregungszuständen, eingeleitet durch Unruhe und Angstgefühl am Herzen, in denen er zwei bis drei Tage lang von Hause fortblieb, sich in den verschiedensten Wirthshäusern herumtrieb, sich aufspielte, randalirte und Scandal machte, ohne in seiner Gesellschaft wählerisch zu sein. Für diese Zeiten, die er selbst als krankhaft empfand, hatte Patient nur eine ganz summarische Erinnerung. Sie wiederholten sich in ganz unregelmässigen Zeiträumen. Da Patient offenbar beruflich überanstrengt und in der Ernährung herabgekommen war, empfahl ich ihm zunächst einen Erholungsaufenthalt an der Riviera mit dem Erfolge, dass Patient ein Jahr lang von seinen Anfällen verschont blieb. Von diesem Zeitpunkt ab ein halbes Jahr lang sich wieder häufende Excesse, zuweilen auch nächtliche Angstzustände in der Zwischenzeit. In Folge dessen systematische Brombehandlung mit zunächst grossen, später abnehmenden Dosen. In der ersten Zeit dieser Behandlung liessen sich wiederholt kleine Sugillationen an der Zunge nachweisen, die auf vorangegangene, wohl aber sehr leichte und deshalb übersehene nächtliche Anfälle hindeuteten. Der gute Erfolg dieser Behandlung (seit jetzt 2 Jahren) bestätigt die Vermuthung, dass die geschilderten Zustände auf epileptischer Basis entstanden sind.

Die pathologischen Rauschzustände, deren schon früher Erwähnung geschehen ist, gehören nicht hierher, sondern in die eigentlichen Dämmerzustände, wie auch die meisten der rasch vorübergehenden prae- und postepileptischen Psychosen.

Meine Herren! Sie bemerken, dass die zu unserer Krankheitsgruppe gehörigen Fälle bisher nicht unter einem einheitlichen Gesichtspunkt zusammengefasst worden sind. Es lässt sich kaum ein grösserer Gegensatz denken, als der zwischen Dämmerzuständen und der wirk-

lichen Manie: trotzdem finden Sie in der Literatur Fälle, die offenbar in unsere Krankheitsgruppe gehören, bald dem einen bald dem anderen dieser entgegengesetzten Begriffe zugeordnet. Sollten Sie über einen solchen Beweis der in unserer Nomenclatur herrschenden Begriffsverwirrtheit erstaunt sein, so muss ich leider bemerken, dass der Fall nicht vereinzelt ist, sondern dass wir mangels fester Begriffsbestimmungen fast auf allen Gebieten unserer Disciplin auf die gleiche Erscheinung stossen; daher auch die schon immer von mir bedauerte Unmöglichkeit, Ihnen eins der bekannten Lehrbücher der Psychiatrie für Ihre Privatstudien zu empfehlen. Diese Abschweifung, meine Herren, ist nicht überflüssig, sie zeigt uns vielmehr die Nothwendigkeit, für unser Krankheitsbild einen passenden Namen zu suchen. Meiner Meinung nach sollte derselbe an den bisher nur immer zu eng gefassten Begriff des zweiten Zustandes, der an sich unzweideutig ist, anschliessen. Ich bin ausser Stande, einen besseren und ebenso bezeichnenden und kurzen Namen zu finden. Dass es sich in unserem Sinne um eine acute, einen Defectzustand einschliessende, desorientirende Autopsychose auf specifisch degenerativer Basis handelt, habe ich schon hervorgehoben.

Es dürfte hier am Orte sein, einem Einwande zu begegnen, der mir leicht von Ihnen gemacht werden könnte. Ist das plötzliche Einsetzen eines solchen Defectes, einer so total abgeänderten Persönlichkeit überhaupt möglich, ohne dass die Erinnerung für den normalen Zustand mindestens für die letzte Vergangenheit, wie etwa in dem Naef'schen Falle, vollständig ausgelöscht ist? Die retroactive Amnesie würde dann als nothwendige Vorbedingung für das Zustandekommen unseres Krankheitsbildes in jedem Falle nachgewiesen werden müssen, den wir dazu rechnen wollten. Schon der oben angeführte Fall des Velocipedfahrers lässt aber dieses Symptom vermissen. Und überhaupt können wir nur sagen: so schwer verständlich es ist, dass eine so veränderte Persönlichkeit bei nur leidlicher Rückerinnerung an die normale bestehen kann, so ist die Thatsache doch unbestreitbar. Die sogenannten Quartalssäufer sind dafür beweisend. Ein solcher kann vorher der beste Familienvater gewesen sein, in seinem veränderten Zustande lässt er ohne Bedenken seine Familie in Noth und weiss dabei genau, in welcher Lage er sie zurückgelassen hat. Sein Denkfehler beruht dabei auf dem Analogieschluss, dass die Seinigen das Leben so leicht nehmen, wie er augenblicklich, im Nothfall, dass Gott wohl helfen werde. Eine durchaus lebenswahre Schilderung dieser veränderten Auffassung bei einem Säufer finden Sie im Raskolnikow von Dostojewski. Der oben

erwähnte richterliche Beamte hatte so wenig einen Erinnerungsdefect für das nächst Vergangene, dass er sogar Termine, die in diese Zeit fielen, wahrzunehmen und während deren Dauer sich leidlich zu beherrschen pflegte. Eine Erklärung für diesen merkwürdigen Gegensatz der kranken und der zugleich zurückerinnerten gesunden Persönlichkeit kann auch in der Annahme einer Giftwirkung, die ja beim Säufer sehr nahe liegt, nicht eigentlich gefunden werden. Man kann in solchen Zeiten von einer Spaltung der Persönlichkeit sprechen, ein Fall, der nur in dem früher von mir geschilderten Zustande von Zerfall der Individualität eine Analogie und in der Annahme des Sejunctionsvorganges eine Erklärung findet.

Meine Herren! Es dürfte das Maass Ihres Erstaunens zum Ueberlaufen bringen, wenn ich Sie in diesem Augenblick an die Fälle von sogenannter erworbener moral insanity oder moralischem Irrsinn erinnere und diese ebenfalls für unser Gebiet in Anspruch nehme. Sie wissen, dass es sich hierbei um Krankheitsfälle handelt, gegen deren Anerkennung namentlich die Juristen sich gesträubt haben, leider unterstützt durch den Streit der Meinungen, welcher sich in unserem eignen Lager nicht sowohl über die Thatsächlichkeit dieser krankhaften Zustände als über ihre theoretische Auffassung entsponnen hat. Leider muss auch zugegeben werden, dass die Tendenz, die Fälle einem bestimmten Schema anzupassen, auch einzelne Fachgenossen dazu verführt hat, gewisse Thatsachen zu ignoriren und den Satz zu vertreten, ein Defectzustand auf moralischem Gebiete müsse mit einem solchen auf intellectuellem verbunden sein, um als krankhaft anerkannt zu werden. Diese Behauptung hält aber vor den Thatsachen nicht Stich, sie kann wohl nur dem Missverständniss entstammen, dass man die Eigenschaften der chronischen und besonders der Fälle von angebornem sogenannten moralischen Schwachsinn auf die mehr oder weniger acut entstandenen übertragen hat. Die letzteren dagegen lassen nicht selten auch jede Spur von intellectueller Störung vermissen. Verständlich werden sie uns, wenn wir das oben schon angedeutete[1]) Elementarsymptom der Nivellirung der Vorstellungen als ihre Grundlage betrachten. In der That können fast alle anderen Elementarsymptome dabei fehlen bis auf eine den meisten Fällen eigene innere Unruhe und gereizte Stimmungslage. Diese Nivellirung der Vorstellungen ist es auch, welche den einschlägigen Fällen eine gewisse Aehnlichkeit mit der Manie verleiht, denn wir werden später sehen, dass sie ein Haupt-

1) Vgl. S. 315.

symptom der letzteren Krankheit ausmacht; nur fehlen hier alle anderen ebenso wichtigen zu diesem Krankheitsbilde gehörenden Symptome, wie die Ideenflucht, der Rededrang, die krankhafte Euphorie u. dergl. mehr. Wenn Sie sich erinnern, dass die normale Ueberwerthigkeit gewisser Vorstellungen die Grundlage des Charakters und der Sittlichkeit bildet, dass Neigungen und Abneigungen denselben Ursprung haben, dass darin auch die einzige Hemmung der beim Naturmenschen überwiegenden egoistischen Antriebe zu suchen ist, so werden Sie verstehen, dass der Fortfall dieser Ueberwerthigkeit eine Veränderung der Persönlichkeit bedingt, welche sich auf dem Gebiete der Sittlichkeit, der Neigungen und Abneigungen gegen bestimmte Menschen, der rücksichtslosen Befriedigung egoistischer Antriebe am deutlichsten offenbart. Erklärungswahnideen können als Folgeerscheinung des Widerstandes, der dem veränderten sittlichen Verhalten seitens der Angehörigen oder der Societät entgegengestellt wird, in der Form von Verfolgungswahnideen secundär Platz greifen.

Eine Schilderung dieser Zustände im Einzelnen würde zu weit führen. Ich möchte nur kurz das ätiologische Moment berühren. In dieser Beziehung ist ein Zusammenhang mit Entwickelungs- und Rückbildungsvorgängen im Organismus ganz unverkennbar. Wollen wir uns zu der Bezeichnung dieser Fälle als **moralische Autopsychose** entschliessen, so können wir eine hebephrenische, eine klimakterische und eine senile Form der moralischen Autopsychose unterscheiden. Demnächst würde eine oft nur wenige Tage dauernde menstruelle Form anzuerkennen sein. Im Uebrigen zweifle ich nicht, dass auch andere ätiologische Momente hereditärer und degenerativer Art dabei eine Rolle spielen, und dass ausnahmsweise noch andere Schädlichkeiten, die sonst zum Ausbruch von acuten Psychosen führen können, wie z. B. das Kopftrauma, den gleichen Effect haben können. Dass es sich um eigentliche Psychosen, nicht um fortgesetzte moralische Verirrungen, oder mit anderen Worten um die Aeusserungen krankhafter Thätigkeit des Gehirns handelt, wird für einen Theil dieser Fälle schon durch ihre Heilbarkeit erwiesen. Jedoch scheint die klimakterische Form überwiegend und die senile Form ausnahmslos ungünstig, letztere wohl schliesslich mit dem Uebergang in senile Demenz zu verlaufen. Das von **Kahlbaum** nach rein empirischen Kriterien gezeichnete Krankheitsbild des Heboids oder der Heboidophrenie scheint mir mit einem Theil der Fälle hierher zu gehören. Die relative Heilbarkeit dieser Krankheit ist schon von **Kahlbaum** hervorgehoben worden.

Was den Verlauf der Krankheit betrifft, so dürfte er je nach der Aetiologie verschieden sein. Einen ganz acuten Ausbruch habe ich beispielsweise bei einem 15 jährigen, durch Potatorium des Vaters belasteten, geistig unter dem Durchschnitt begabten Mädchen gesehen. Der weitere Verlauf gestaltete sich nach einer gewissen Dauer der Krankheitshöhe (sieben Wochen) descendirend bis zu summarischer Krankheitseinsicht im Lauf der nächsten Monate. Im Laufe von drei Jahren kam es dann drei Mal zu Recidiven von etwas geringerer Intensität und etwas kürzerer Dauer, im Uebrigen von dem gleichen Verlauf. In den freien Zwischenzeiten kam es zu angedeuteten melancholischen Stimmungslagen, so dass vorübergehend der Gedanke an eine circuläre Psychose auftauchen konnte. Dieser Gedanke musste aber bald fallen gelassen werden, wenn man an der Begriffsbestimmung der circulären Psychose als eines regelmässigen Wechsels zwischen maniakalischen und melancholischen Zuständen festhalten wollte. Einestheils konnte von einer melancholischen Phase nicht die Rede sein, sondern es handelte sich überhaupt nur um ganz vorübergehende zeitweilige Anwandlungen melancholischer Verstimmung, die noch dazu vielleicht als durch Krankheitseinsicht wirklich begründet gelten konnten, anderen Theils war der krankhafte Zustand, wenn auch zeitweilig mit Aufregung verbunden, sicher nicht maniakalisch. Vielmehr überwogen die sittlichen Mängel, der Mangel an Folgsamkeit, an Respect vor dem Wartepersonal und den Aerzten, auch vor älteren Mitkranken, überhaupt der Mangel an Disciplin, die ausgesprochenste Eigenwilligkeit, das Fehlen jeder Empfindung für ihr erwiesene Freundlichkeit, der Mangel an Scham- und Anstandsgefühl, die Neigung zu unflätigen und obscönen Redensarten und entsprechendem Verhalten bis zu grober Unreinlichkeit. Ein eigentlicher Rededrang, Ideenflucht, Bewegungsdrang waren nie vorhanden. In der That wurde auch der Zustand der Kranken zuerst als ein vermuthlich angeborener Defect, der sich um die Pubertätszeit gesteigert hätte, als eine moralische Entartung aufgefasst und sogar der Aufenthalt in einer Correctionsanstalt angebahnt. Den Aussagen der Mutter, wonach sie bis zum Ausbruch ihrer Krankheit ein gutmüthiges und gesittetes Kind gewesen wäre, wurde zunächst, wegen der anscheinenden Beschränktheit der Frau, nicht genügend Glauben geschenkt. Charakteristisch war ihr absolut keine Spur von Scham verathendes Verhalten bei einer gynäkologischen Untersuchung, zu welcher ihre grobe Unsauberkeit Veranlassung gab. Erst die gänzliche Veränderung, welche später in dem Ver-

halten der Patientin eintrat, als sie ein bescheidenes, sittsames Mädchen wurde und sich auf der Station fleissig und hilfsbereit zeigte, belehrte uns über die irrige Auffassung, der wir uns hingegeben hatten. Was die intellectuelle Entwickelung des Mädchens betraf, so entsprach ihr Urtheil und ihr Besitz an Schulkenntnissen im Alter von 18 Jahren etwa dem eines 14jährigen Mädchens von gleichem Stande, in ihrer körperlichen Entwickelung war sie dagegen nicht zurück geblieben und auch während der ganzen Beobachtungszeit regelmässig menstruirt.

Meine Herren! Werfen wir einen Rückblick auf die dem Gebiet der acuten Autopsychosen zugewiesenen Krankheitsfälle, so können wir sie unter einen gemeinschaftlichen Gesichtspunkt bringen, insofern sie sich sämmtlich als Ausfallserscheinungen auf autopsychischem Gebiete charakterisiren. Schon der Seelenzustand, welchen das zuerst geschilderte Fräulein v. F. darbot, zeigte uns den Ausfall an secundärer Identification, die autopsychische Desorientirung und den davon herzuleitenden Affect der autopsychischen Rathlosigkeit. Sodann hatten wir Zustände von Unterbrechung in der Continuität der Persönlichkeit, den sogenannten zweiten Zustand der französischen Autoren, kennen gelernt, ebenfalls einen Defectzustand, der aber nicht als contrastirend mit dem gesunden Zustande empfunden wird und deshalb ohne den Affect der autopsychischen Rathlosigkeit bleibt. Die gemeinschaftliche schwer neurotisch degenerative Aetiologie bildete ein vermittelndes Band zwischen diesen beiden sonst so verschiedenen Zuständen. Weiterhin lernten wir in der sogenannten periodischen Trunksucht Fälle kennen, in denen wie beim sogenannten zweiten Zustand das unvermittelte Auftreten einer veränderten, immer minderwerthigen Persönlichkeit in Folge innerer krankhafter Vorgänge anzunehmen war. Dabei erwähnte ich schon, dass man diese Fälle bisher den periodischen Manien zuzurechnen pflegte. Schliesslich fanden wir, dass auch die erworbene moral insanity einen ganz analogen Defectzustand auf autopsychischem Gebiete darstellte, dass man berechtigt sei, eine acute moralische Autopsychose zu statuiren und darunter einen Theil der Fälle von sogenannter periodischer, aber auch der sogenannten raisonnirenden Manie zu subsumiren. Für diese letztere Kategorie von Fällen erwiesen sich die körperlichen Umwälzungen, welche das Eintreten und den Verlust der Geschlechtsreife sowie die senile Involution begleiten, von maassgebendem Einfluss. In den nächsten Krankendemonstrationen werden wir es, im Gegensatz zu diesen Defectzuständen, mit gewissen Reizerscheinungen auf autopsychischem Gebiete zu thun haben.

Neunundzwanzigste Vorlesung.

Acute expansive Autopsychose durch autochthone Ideen. Schwinden von Gedanken als Elementarsymptom. Zwangsvorstellungsneurose. Zwangsvorstellungspsychose. Gedankenlautwerden als Grundlage einer ascendirenden Form acuter Autopsychose.

Meine Herren!

Der 38jährige Magistratssecretär A., den wir heute untersuchen, ist nur schwer zu bewegen gewesen, in den Hörsaal zu kommen, hat sich aber schliesslich dazu bereit erklärt, um, wie er uns eben sagt, der Wissenschaft einen Dienst zu leisten. Sie sehen einen blühenden, anscheinend gesunden Mann von den besten Manieren und offenbarer Intelligenz in Gesichtsausdruck und Sprechweise. Die für seinen Stand ungewöhnliche allgemeine Bildung, die er bald verräth, erklärt sich aus dem Umstande, dass er Philologie studirt hat und erst dicht vor seinem Staatsexamen aus Gesundheitsrücksichten eine andere Carrière ergriffen hat. Von einer formalen Denkstörung ist bei ihm keine Rede. Er selbst fühlt sich gesund. Die Nothwendigkeit, ihn trotzdem und trotz seines Widerspruches hier in der Klinik zurück zu halten, beruht darauf, dass wir fürchten müssen, er werde, so bald man ihn frei lässt, nach Berlin fahren und den Kaiser aufsuchen, denn er hält es für seine Pflicht und seinen Beruf, dem Kaiser einen Theil der Regierungsgeschäfte abzunehmen. Er hält es demgemäss für Unrecht und einen Act der Freiheitsberaubung, dass man ihn hier zurück hält. Wie besonnen und überlegt er aber trotzdem urtheilt, können Sie daraus entnehmen, dass er unserem Verhalten keine mala fides unterschiebt, sondern nur unter höflichster Verwahrung, uns zu nahe zu treten, einen Irrthum bei uns voraussetzt. Ich mache ihn darauf aufmerksam, dass er vor drei Monaten, als er in die Klinik eintrat, freiwillig hierher gekommen ist und sich krank gefühlt hat, dabei ist ihm, wie wir hören, Zweck und Bestimmung der Anstalt wohl bekannt

gewesen. Er muss die Thatsache zugeben, bedauert aber jetzt lebhaft, es gethan zu haben, da er sich sicher getäuscht habe. Eher sei er früher krank, nämlich nervös gewesen, jetzt aber sei er so gesund, so kräftig und nach jeder Richtung leistungsfähig wie nie zuvor. Auf Befragen hören wir noch, dass er sich bis auf die Beschränkung seiner Freiheit vollkommen glücklich fühlt und auch nicht bezweifelt, dass die Aerzte allmählich ihren Irrthum einsehen würden. Ich muss übrigens bestätigen, dass sein Allgemeinbefinden in den letzten Wochen vorzüglich gewesen ist. Das Körpergewicht des Kranken ist während seines Aufenthaltes von 63 auf 70 kg gestiegen. Der Patient zweifelt nicht, dass der Kaiser ihn mit offenen Armen aufnehmen werde. Woher er das wisse? Eine innere Stimme sage es ihm. Diese innere Stimme vergleicht der Patient, wie wir aus einem Schriftstück von ihm sehen, dem Daimonion des Sokrates, „den man ja jetzt auch für verrückt erklärt hat", wie der Kranke beiläufig bemerkt. Von näheren Eigenschaften dieser Stimme erfahren wir, dass sie nicht localisirt ist, auch keinen bestimmten Stimmklang besitzt, wohl aber zeitweilig in bestimmte Worte gefasst ist und — was die Hauptsache ist — auf göttlicher Eingebung beruht. Patient hegt auch die Befürchtung, dass wir Aerzte einer schweren göttlichen Strafe wegen unserer Verblendung entgegengehen. Er zweifelt nicht, und das geht auch aus seinen Schriftstücken hervor, dass er in directer Verbindung mit Gott stehe, von ihm Offenbarungen und Erleuchtungen erhalte. Das Hören von Stimmen, wie es andere Geisteskranke thun, stellt er in Abrede, ebensowenig hat er je Gesichtserscheinungen gehabt. Ich wende ihm ein, dass, wenn ihm hier Unrecht geschehe, dies nicht auf eine besondere Fürsorge Gottes schliessen lasse. Darauf erklärt er es für sehr wohl möglich, dass der Gedanke, sich hier aufnehmen zu lassen, ihm seiner Zeit von einem bösen Geiste eingegeben sei. Die Zeit hier könne er nur als eine ihm auferlegte Prüfungszeit auffassen, er nickt beifällig, als ich an die Analogie mit anderen Helden oder Propheten erinnere. Wie Sie schon gehört haben, hat er gegen uns Aerzte keinen Groll, sondern ist überzeugt, dass wir nur unsere Pflicht zu thun glauben, aber er betont den Unterschied seiner spiritualistischen Weltauffassung von unserer materialistischen, die natürlich den Glauben an Gott und Geister ausschliessen müsse. In seiner Weltanschauung bestärkt wird Patient durch ein Erlebniss aus seiner Kinderzeit, wonach er in einer Nacht, als gerade sein Grossvater schwer krank lag, aufgewacht sei und eine grau gekleidete Frau durch eine halb geöffnete Flügelthür verschwinden ge-

sehen habe. Seine Mutter habe die gleiche Erscheinung gesehen und könne das bestätigen, und genau um diese Zeit sei der Grossvater gestorben. Für die psychologische Erklärung, die wir für derartige wohlbekannte dem halb wachen Zustande zukommende Sinnestäuschungen versuchen, hat er nur ein Lächeln. Patient trägt sich übrigens, wie wir aus seinen Schriftstücken erfahren und er bestätigt, mit grossen Zukunftsplänen. Er will, sobald er zur Regierung gekommen ist, alle Welt beglücken, den Oberarzt mit 30 000 Mk. als Leibarzt anstellen, in der Nähe des Niederwalddenkmals eine goldene Brücke über den Rhein bauen als Symbol ewigen Völkerfriedens — das Gold bedeutet die Lauterkeit der Gesinnung — und das Geld dazu aus dem Juliusthurm nehmen. Sicher trägt er sich noch mit einer ganzen Anzahl unsinniger phantastischer Ideen, die er uns aber verhehlt.

Meine Herren! Die Krankheit, um die es sich hier handelt, hat sich ganz acut eingestellt, noch am Tage vor der Aufnahme hat der Patient seinen Bureaudienst zur Zufriedenheit gethan. Wir erfuhren, dass der Patient, dessen Vater geisteskrank in einer Irrenanstalt gestorben ist, seit Jahren die Furcht geäussert hat, geisteskrank zu werden. Ein kurzer Anfall hochgradiger nervöser Erregtheit soll schon vor 17 Jahren bei ihm aufgetreten sein und den Anstoss dazu gegeben haben, dass er dicht vor dem Examen das philologische Studium als zu anstrengend aufgegeben hat. Patient soll aber geistig gut beanlagt gewesen sein. Als Patient selbst die Aufnahme in die Klinik nachsuchte, war er durch das Auftreten von Grössenideen, die er selbst als krankhaft betrachtete, erregt und bat, man solle ihm helfen, dass er nicht erst geisteskrank werde. Dabei war das Gesicht stark congestionirt, die Haut des ganzen Körpers leicht cyanotisch verfärbt, der Puls frequent, 120, klein und weich und nicht ganz regelmässig, subjectiv Klage über Herzklopfen, objectiv nachweisbar eine Erweiterung des rechten Ventrikels bis einen Finger breit nach rechts vom rechten Sternalrand. Die Untersuchung des Nervensystems ergab keinerlei pathologischen Befund, nur war beim Sprechen schwererer Worte die Sprache etwas stolpernd und verwaschen, etwas, was dem Patienten selbst auffiel, was später aber nie mehr beobachtet wurde. Das Krankheitsgefühl war übrigens nicht constant, sondern so wechselnd, dass der Patient bald darauf erklärte, er sei der Kaiser, verlangte, mit Wilhelm angeredet zu werden, und noch im Aufnahmezimmer selbst einen Zettel schrieb mit den Worten: „Zu verhaften. Wilhelm.“ So bat er auch im Laufe des Tages wiederholt um seine Entlassung,

da er nicht krank sei. Erst gegen Abend liess er seine Grössenideen definitiv fallen. Die Nacht verbrachte er trotz 3 g Kalium brom. schlaflos. Die darauf folgenden Tage hatte Patient volle Einsicht und klagte nur zeitweilig darüber, dass sich ihm diese thörichten Gedanken aufdrängten. Die Nächte wurden besser, und das Herzklopfen liess nach. Am fünften Tage gegen Abend wurde Patient ganz vorübergehend wieder unruhig und verlangte seine Entlassung, um nach Berlin zu fahren, äusserte sich aber bald darauf wieder sehr unglücklich darüber, dass die krankhaften Ideen wiedergekehrt seien. Zu gleicher Zeit war Zunahme der Cyanose und der Pulsfrequenz (bis 130) und Herzklopfen aufgetreten. In den nächsten Tagen wieder Besserung, der Puls ging auf 88 zurück. Jedoch trat bei kleinster Anstrengung Herzklopfen und Cyanose wieder auf. Eine Digitalisbehandlung, dauernde Bettruhe, Regelung des Schlafes durch Paraldehyd und Trional waren von günstiger Wirkung und das Befinden des Patienten so gut, dass schon an seine Entlassung gedacht wurde. Das Körpergewicht war um 6 kg gestiegen. Sechs Wochen nach der Aufnahme gegen Abend kam plötzlich ein Rückfall, eingeleitet durch ängstlich verstörten Gesichtsausdruck und die Klage: „Die Ideen kommen wieder", und schon nach wenigen Minuten wieder die Absicht, nach Berlin zum Kaiser zu fahren, und heftiger Entlassungsdrang. Dabei hastiges, ängstliches Wesen, sichtliches Unbehagen, gelegentliches Greifen nach dem Herzen, Klagen über Herzklopfen, Puls 128, congestionirtes Gesicht, allgemeine Cyanose. Die Störungen des Allgemeinbefindens sind nach wenigen Tagen wieder abgeklungen, die Grössenideen aber sind geblieben und scheinen allmählich einen grösseren Umfang anzunehmen. Zur Zeit meint Patient, dass er sich über seine Gedankenfülle freuen könne, dass er zeitweilig nicht schlafen konnte, bewies nach ihm die „Frische seines Geistes", er rühmt sich des völligen Besitzes seiner Selbstbeherrschung. In der Woche des Rückfalls hat Patient um $1^1/_2$ kg abgenommen, seitdem aber allmählich den Verlust eingeholt und jetzt noch um ein weiteres Kilogramm zugenommen.[1])

Meine Herren! Diejenigen von Ihnen, die schon früher bei mir gehört haben, werden sich eines ganz ähnlichen Krankheitsfalles entsinnen, den ich vor $1^1/_2$ Jahren vorgestellt habe. Es handelte sich damals um einen jungen Mechaniker von 22 Jahren, Namens Sch., der nach viermonatlichem Aufenthalt geheilt von uns entlassen

---

1) Patient ist acht Wochen darauf geheilt und mit normalen Herzgrenzen entlassen worden.

worden ist. Auch dieser Patient war selbst zur Klinik gekommen, weil er sich für geisteskrank hielt. Nach seiner Meinung war er etwa seit zehn Wochen krank, und damit stimmten auch die Angaben seiner Bekannten überein. Zur Zeit der Aufnahme klagte er über Kopfschmerzen, über ein Gefühl im Kopfe, als ob er betrunken sei, und über Herzklopfen, welches in Anfällen auftrete, ausserdem über Benommenheit im Kopf und Denkunfähigkeit: „er komme sich so stumpfsinnig vor.“ Objectiv fiel an ihm das congestionirte Gesicht, die gerötheten Conjunctivae und eine leichte Cyanose auf, welche letztere durch Umhergehen im Zimmer noch verstärkt wurde. Puls nicht beschleunigt, Herzbefund normal. Patient war offenbar schon in einer Remission seiner Krankheit und bot zur Zeit ausser einem gesteigerten Schlafbedürfniss keine psychotischen Symptome dar, er schilderte aber mit grosser Präcision die Erscheinungen seiner überstandenen Krankheit, und dies war auch der Grund, weshalb ich ihn demonstrirte. Erst 14 Tage darauf stellte sich ein Erregungszustand bei ihm ein, der, wie Patient später bei wiedergekehrtem richtigen Urtheil angab, eine Wiederholung seines früheren Zustandes, nur in viel geringerer Intensität, war, einige schlaflose Nächte herbeiführte und in etwa acht Tagen vollständig abklang. Auch dieser zweite Schub war mit auffallenden vasomotorischen Störungen verbunden, congestionirtem Gesicht, Cyanose der Extremitäten, vermehrter Schweisssecretion und gesteigerter Pulsfrequenz. Von da ab stellte sich rasch die volle Krankheitseinsicht wieder her, so dass Patient nach Verlauf eines Vierteljahres geheilt entlassen werden konnte und bis jetzt, $^5/_4$ Jahre nach seiner Entlassung, geheilt geblieben und in seiner früheren Stellung wieder thätig ist. Wir erfuhren von dem Kranken, dass sein erster, zehn Wochen lang dauernder Anfall mit schlechtem Schlaf und gereizter Stimmung begonnen habe. Dann stellte sich ein Angstgefühl in der Herzgegend ein, welches zwei Tage anhielt und ihn in ängstliche Unruhe versetzte, „als ob er in die Oder gehen sollte“. Dieses Gefühl machte nach wenigen, ungefähr vier Tagen einem anderen Gefühl Platz, „dem entgegengesetzt wie früher“, so ein glückliches Gefühl, „als ob der heilige Geist in ihm wäre“, an der gleichen Stelle localisirt wie früher das Angstgefühl. Eine genauere Schilderung dieses Gefühls wurde dem Patienten schwer, er bezeichnete es bald als Wallen in der Brust, bald als ungewohnt leichte und freie Athmung. Zugleich kamen ihm „fremdartige Gedanken“ und er merkte, dass er ein Anderer geworden war, wie er vermuthete, vom heiligen Geist erleuchtet. Er bemerkte besondere Fähigkeiten an sich, glaubte

ein Perpetuum mobile erfunden zu haben, glaubte die Fähigkeit zu haben, „edle und unedle Menschen“ sofort zu unterscheiden, glaubte die Leute beeinflussen zu können wie ein Hypnotiseur, dass sie machten, was er wollte, fasste den Plan, das Geschäft seines Principals in eine Actiengesellschaft zu verwandeln. Dabei nahm er doch wahr, dass er mit der Arbeit schlecht vorwärts kam und die Gedanken nicht bei der Sache hatte, dass sich seine Umgebung über ihn lustig machte, seine Pläne für Unsinn erklärte oder ihm sagte, sie verständen ihn nicht. Drei Wochen lang waren es nur fremde Gedanken, die er bemerkte, dann hörte er sie von einer feinen weiblichen Stimme, die eben da ihren Sitz hatte, ausgesprochen, dabei bestand das Wallen in der Brust weiter. Das Bewusstsein, vom heiligen Geiste inspirirt zu sein, kam jetzt noch deutlicher über ihn. Die Stimme sagte ihm auch, welche Stellung die Leute zu seinen Plänen einnahmen, ob sie z. B. der Actiengesellschaft beitreten wollten oder nicht. Nachts sprach die Stimme oft unausgesetzt zu ihm und störte ihn im Schlaf. Einmal hörte er drei Stimmen gleichzeitig aus seiner Brust ihm gute Nacht sagen, zwei starke und ausserdem die feine, darauf sei er müde geworden und eingeschlafen. Eine ungewohnte Gedankenfülle kam über ihn, die Worte stellten sich „unfreiwillig“ ein, und es war ihm, als ob der heilige Geist aus ihm spräche, er predigte stundenlang, sprach einmal in Versen und fuhr schliesslich wenige Tage vor der Aufnahme nach Haus, um sich von dem Geistlichen des Ortes als Hofprediger einsegnen zu lassen. Er war durch fleissige Bibellectüre inzwischen zu der Ueberzeugung gekommen, dass er einer der beiden Zeugen sei, die in der Offenbarung Johannis vorkommen. Alles dies hatte uns der Patient bei der klinischen Vorstellung wenige Tage nach seiner Aufnahme mit voller Einsicht in die Krankhaftigkeit der geschilderten Erlebnisse erzählt. Der zweite kurz dauernde Anfall wurde ebenfalls durch Angst und ängstliche Vorstellungen eingeleitet, die Angst wieder am Herzen localisirt, die ängstlichen Vorstellungen etwa des Inhalts, er komme hier nicht mehr heraus, werde hier sterben, seine Leiche werde der Anatomie übergeben werden u. dergl. Er forderte ungestüm seine Entlassung, liess sich aber beschwichtigen und zeigte nur in den nächsten Tagen ein hochfahrendes, anspruchvolleres Benehmen, suchte den Arzt zu belehren, blieb aber für Zuspruch zugänglich. Er verfasste eine Anleitung für den Arzt, Geisteskranke zu untersuchen, sprach von seiner „grossen Gedankenfülle“, „seinem todesverachtenden Muth“, seiner Befähigung, Hervorragendes zu leisten. Dabei behielt er eine ge-

wisse Einsicht für das Krankhafte der massenhaften Gedanken, die ihm kamen, wenn er auch den Inhalt derselben nicht für krankhaft hielt. Auch in dieser Beziehung kehrte jedoch die Krankheitseinsicht rasch wieder, und nur die Klage, dass ihm so viel Gedanken kämen, verlor sich erst nach Ablauf einer Woche. Zur Zeit der grössten Erregung bestand wieder das localisirte Glücksgefühl, eine Stimme aber hörte Patient in diesem zweiten Anfall nicht. Von Wichtigkeit ist die Thatsache, dass Patient in orthodox religiösen Anschauungen aufgewachsen ist, wie Briefe seiner Eltern und der Umstand beweisen, dass sein Predigerberuf von diesen zuerst anerkannt worden, auch gegen seinen freiwilligen Eintritt in die Klinik heftiger Widerspruch erhoben worden ist. Wir erfuhren dann später noch, dass Patient immer etwas eigenthümlich gewesen ist, und dass während seiner Krankheit auch phantastische Grössenideen des Inhalts, dass er seinen Collegen Millionen versprach, bei ihm beobachtet worden waren. Das Körpergewicht hatte sich bis zu seiner Entlassung von 56 bis auf 65 kg gehoben.

Meine Herren! Die beiden Kranken, die Sie jetzt kennen gelernt haben, haben augenscheinlich das Gemeinsame, dass die Ihnen von früher her bekannten autochthonen Ideen in acuter Entstehung die Grundlage ihrer Krankheit bilden. Alle anderen Krankheitserscheinungen lassen sich als Folge- oder Begleiterscheinungen dieses einen Hauptsymptoms auffassen. So die Phoneme, deren innerer Zusammenhang mit den autochthonen Ideen gerade in diesen Fällen besonders deutlich hervortritt, ebenso die von dem Inhalt abhängigen Erklärungswahnideen. In einem merkwürdigen Contrast stehen die bei dem ersten Kranken beobachteten Glücksvorstellungen mit dem gleichzeitig herrschenden, wenn auch nur gelinden Angstaffect. Das hypochondrische Glücksgefühl, welches dem zweiten Falle eigenthümlich ist, hat schon früher einmal Erwähnung gefunden[1]; es ist im Ganzen eine recht seltene Erscheinung. Nach dem ganzen Symptomencomplex werden wir die Krankheit als eine selbstständige Form der Autopsychosen, gekennzeichnet durch das acute Auftreten autochthoner Ideen unter auffälliger Theilnahme des vasomotorischen Nervensystems, durch den Verlauf in kurzen Schüben, die einander rasch folgen, durch den überraschend günstigen Ausgang innerhalb mehrerer Monate, charakterisiren. Die selbstständige Bedeutung der autochthonen Ideen wird dadurch in helles Licht gerückt. Ich möchte vorläufig den Namen acute expan-

1) Vgl. S. 174.

sive Autopsychose durch autochthone Ideen für geeignet halten.

Mir ist ausser diesen beiden hinlänglich sicher gestellten Fällen noch einer bekannt, den ich als abortiven bezeichnen und nicht eigentlich zu den Psychosen rechnen möchte, weil das Elementarsymptom der autochthonen Ideen isolirt blieb und nicht einmal zu einigermaassen fixirten Erklärungswahnideen führte. Ich habe ihn früher schon einmal gelegentlich erwähnt.[1]) Es handelte sich um eine 52jährige Dame, die Frau eines hochgestellten Militärs, welche seit Jahren an Diarrhöen litt und dadurch heruntergekommen war, von jeher allerlei hypochondrische Klagen hatte, besonders in den letzt vergangenen Monaten. Ziemlich unvermittelt zeigte sich bei ihr ein auffallender Drang, sich mitzutheilen, in Folge von Gedanken, die in ihrem Inneren „sprachen", ausdrücklich nicht als Stimmen bezeichnet. „Es können doch nur eigene Gedanken oder Eingebungen sein." Zeitweilig angedeutetes Angstgefühl, der Schlaf durch die Gedanken sehr gestört. Versuche zu einem Erklärungswahn knüpften sich an eine Persönlichkeit, die Patientin kurz vorher kennen gelernt hatte und die sich mit magnetischen Curen beschäftigte. Inhalt die Möglichkeit der Beeinflussung durch diese Person. Durch Hebung der Ernährung, Bettruhe, Sorge für Schlaf vollständige Restitution innerhalb acht Wochen.

Während die autochthonen Ideen nicht allzu selten ein eigenes Krankheitsbild constituiren, wie eben geschildert, ist dies mit dem gegensätzlichen Elementarsymptom nicht der Fall. Ich berühre hier einen Punkt, der schon bei Gelegenheit der paranoischen Zustände hätte Erwähnung finden können, da nur die daran geknüpfte Erklärungswahnidee augenfällig wird. So wie das Auftauchen von Gedanken aus krankhaftem örtlichen Reiz gewöhnlich auf äussere Einwirkung bezogen wird, so kann auch das momentane Schwinden der Gedanken als Krankheitssymptom auftreten und in ähnlicher Weise von den Kranken gedeutet werden. Die in den Irrenanstalten oft zu hörende Klage gewisser Kranken, die Gedanken würden ihnen „abgezogen", scheint sich gewöhnlich auf dieses Symptom zu beziehen. Auch hieran knüpft sich oft die weitere Erklärungswahnvorstellung, dass ärztliche Maassnahmen daran Schuld und die betreffenden Gedanken dem Arzte bekannt seien. Eine sichere Auskunft, die jeden Zweifel an der Bedeutung des Symptoms ausschloss, habe ich erst in jüngster Zeit erhalten.

1) Vgl. S. 108 Anm.

Meine Herren! Mit den überwerthigen Ideen haben wir uns schon früher beschäftigt; wenn wir nur den zeitlichen Verlauf für maassgebend erachten, so werden wir vielfach die frischen Stadien dieser im Uebrigen chronisch verlaufenden Fälle den acuten Autopsychosen zuzurechnen haben.

Demnächst wäre hier der Ort, die nicht gerade häufigen Fälle von Psychosen durch Zwangsvorstellungen zu besprechen. In keinem Gebiete dürfte es schwieriger sein, das Gebiet der Psychosen von dem der Neurosen abzutrennen: denn es wäre nur consequent, von einer Zwangsvorstellungsneurose[1]) zu sprechen, um damit ebensowohl die degenerative Aetiologie als die Zugehörigkeit des Elementarsymptoms zur Breite des psychisch noch Normalen zu kennzeichnen. Der Name Zwangsvorstellungsneurose wäre um so passender, als der analoge Name der Angstneurosen sich schon hinlänglich eingebürgert hat. Im Allgemeinen werden wir den Satz vertreten können, dass die Zwangsvorstellungen, sobald sie allein bleiben und nicht von anderen psychotischen Symptomen gefolgt oder begleitet sind, noch in das Gebiet der Neurose fallen.[2]) Auch für dieses Kriterium müsste aber eine Ausnahme ausdrücklich statuirt werden, nämlich für die Angst leichteren Grades, welche auch den sonst isolirt bleibenden Zwangsvorstellungen häufig anhaftet. Ein in den meisten Fällen verlässliches Kriterium dürfte ferner in dem schon öfter angewandten Gesichtspunkte zu finden sein, inwieweit die Handlungen der Kranken durch ihre Zwangsvorstellungen unwiderstehlich beeinflusst werden. Auch der Inhalt und die Reichhaltigkeit der Zwangsvorstellungen üben unverkennbar einen Einfluss darauf, dass im Einzelfalle die Grenze der Neurose überschritten wird. Am seltensten scheint dies der Fall zu sein, wo bei grosser Reichhaltigkeit und grossem Wechsel der Zwangsvorstellungen nicht so sehr der Inhalt der Gedanken als der Zwang, fortwährend zu denken, quälend empfunden wird, Fälle, die im Allgemeinen dem von O. Berger[3]) geschilderten Typus der Grübelsucht angehören. Wenn Sie sich an das im Eingang dieser Vorlesungen gegebene Schema erinnern wollen, so werden Sie geneigt sein, das Wesen der Grübelsucht in dem Auftauchen von Ausgangsvorstellungen in Folge eines krankhaften Reizes zu erblicken. Der Zwang, der dazu drängt, die Zielvorstellungen zu erreichen, wird

---

1) Vgl. C. Westphal: Ueber Zwangsvorstellungen Arch. f. Psych. 8. Bd. S. 734.

2) Westphal hat für diese Fälle den Namen: „abortive Verrücktheit“ vorgeschlagen, der sich aber nach keiner Richtung empfehlen dürfte.

3) Archiv für Psychiatrie 6. Bd. S. 217.

von den Patienten in die lebhaft auftauchende Ausgangsvorstellung verlegt. Die von den Franzosen geschilderte maladie du doute avec délire de toucher dürfte nur ein Specialfall der Grübelsucht sein. Doch zweifle ich nicht, dass unter Umständen auch der Zustand allgemeiner Grübelsucht so qualvoll werden kann, dass er zu psychotischen Handlungen, wie z. B. dem Selbstmord, führt. Häufiger in das Gebiet der Psychosen fallend sind die Fälle von einem beschränkten, monotonen, dabei stark affectvoll gefärbten Inhalt. Zuweilen ist dieser Inhalt ein motorischer, indem die Kranken über den Zwang klagen, bestimmte, von ihnen als unsinnig oder Unrecht erkannte Handlungen auszuführen. Ein begleitendes Angstgefühl pflegt dann erst dadurch, dass die Handlung ausgeführt wird, zu weichen. Am bekanntesten sind hier die Fälle von Brandstiftung bei jugendlichen Epileptikern und von unwiderstehlichem Stehltrieb — sogenannter Kleptomanie — zur Zeit der Menstruation.

In unserer Klinik haben wir am häufigsten Zwangsvorstellungen, die auf das religiöse Gebiet beschränkt waren und zum Kleinheitswahn führten, beobachtet. Ein typisches Beispiel hiervon will ich kurz skizziren. Ein 43jähriges Fräulein, gut veranlagt, ohne hereditäre Belastung, aber immer sehr fromm, wurde am 31. August 1891 aufgenommen und zwar freiwillig, weil sie fürchtete, Selbstmord zu begehen. Sie war schon im Jahre 1881 drei Monate lang an „religiösem Wahn" behandelt worden, hatte damals einen Selbstmordversuch gemacht und war völlig geheilt entlassen worden. Ihre jetzige Krankheit datirte sie vom Frühjahr, besonders schlimm, mit Schlaflosigkeit und Verzweiflungsausbrüchen verbunden, seit 14 Tagen. Sie weiss, dass sie gemüthskrank ist, hat sich aber doch an den Geistlichen um Trost gewandt, ist jedoch in ihren Wahnideen von ihm bestärkt worden. Wenn sie betet, so fallen ihr die schlimmsten Gotteslästerungen ein, sie muss den lieben Gott, Jesus Christus und die Jungfrau Maria verfluchen, sie mit den schlimmsten Schimpfnamen belegen, unanständige Redensarten gegen sie gebrauchen. Dieser Gedanken kann sie sich nicht erwehren, sie kommen wider ihren Willen, sind aber ihre eigenen Gedanken. Wie schlecht müsste sie sein, dass sie, bis dahin immer fromm, solche Gedanken haben könne! Das habe ihr auch der Geistliche gesagt. Dabei wusste sie, dass sie gemüthskrank ist, sie hat sich auch vorher an den Kassenarzt gewandt, der sie hierher gewiesen hat. Die Erklärungswahnidee, dass sie schlecht und auf ewig verloren sei, wurde zunächst trotz halber Krankheitseinsicht festgehalten. Daran knüpfte sich die Vorstellung, sie habe die Krankheit selbst verschuldet, indem sie zu einsam gelebt hätte,

sie hätte ihr ganzes Leben anders einrichten sollen, sie dürfe nicht mehr leben. Nur aus Furcht vor der Schande hat sie es unterlassen, ins Wasser zu gehen. Die Zwangsvorstellungen kommen in Anfällen und sind mit lebhafter Angst „im Inneren", im Herzen verbunden. Nach den Anfällen fühlt sich Patientin allgemein schwach, besonders in den Beinen, Füsse und Hände zittern ihr. Es ist, als ob ihr die Augen trübe würden, Patientin fühlt sich unfähig, zu lesen oder irgend eine Arbeit vorzunehmen. Stimmung dauernd deprimirt, auch ein Gefühl der subjectiven Leistungsunfähigkeit. Der Eintritt in die Anstalt hat sofort erhebliche Besserung zur Folge, die Anfälle treten seltener und weniger heftig auf, die Krankheitseinsicht gewinnt die Oberhand, und es erfolgt vollständige Heilung unter gleichmässiger Gewichtszunahme (von 4 kg) bis zur Entlassung am 15. November d. J. Zu erwähnen ist noch eine Andeutung autopsychischen Beziehungswahns, indem Patientin in der ersten Zeit ihres Aufenthalts eine Zeitungsnotiz, in der von einem dreifachen Morde berichtet wurde, im Sinne der Selbstbeschuldigung auf sich bezog. Ferner häufige Klagen über den Kopf, über Sausen, das Gefühl, als ob der Kopf zerspringe, u. dergl. mehr. Objectiv keine Störung der Intelligenz, der Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit u. dergl. mehr. Dieselbe Patientin wurde mit einem Recidiv sehr viel geringeren Grades, übrigens des gleichen Inhalts, im Jahre 1898 wieder aufgenommen und konnte schon nach kurzer Zeit wieder entlassen werden. Einen ähnlich günstigen Verlauf habe ich bei einem 20jährigen, hereditär belasteten Handwerksgesellen gesehen; auch bei diesem waren das Unglücksgefühl, die Selbstmordneigung, die Unfähigkeit zur Arbeit trotz bestehender Krankheitseinsicht so ausgeprägt, dass nur die Irrenanstalt die Zufluchtsstätte des Kranken bilden konnte. An begleitenden körperlichen Beschwerden, wie Herzklopfen, Kopfschmerzen, hypochondrischen Sensationen, fehlte es auch bei diesem nicht. Ausbruch ziemlich plötzlich, nach einem Schreck, Inhalt Gotteslästerungen beim Beten, Heilung innerhalb $^3/_4$ Jahren. Schon vor Jahren waren bei Gelegenheit des Abendmahls ganz vorübergehend ähnliche Zwangsvorstellungen aufgetaucht.[1])

Meine Herren! Die merkwürdige Erscheinung, dass an sich ganz affectfreie eigene Gedanken zu Phonemen werden, wodurch die Erklärungswahnidee entsteht, die Gedanken seien den Anderen bekannt, kann ebenfalls als Hauptconstituens einer besonderen ascendirenden Form acuter Autopsychose beobachtet werden. Wie Ihnen erinnerlich

1) Ein Fall von Autopsychose durch Zwangsvorstellungen ist ferner Fall 27 der Krankenvorstellungen aus der psychiatrischen Klinik zu Breslau Heft 2.

ist, haben wir den von Cramer[1]) zuerst angewandten Ausdruck „Gedankenlautwerden“ ausdrücklich für Fälle dieser Art reservirt. Die Kranken bemerken zuerst, dass das, was sie lesen und schreiben, später auch was sie sprechen, von Stimmen nachgesprochen wird. Demnächst wird jeder Vorsatz, etwas zu thun, als Stimme gehört. Die dadurch gesetzte Störung im Denken wird peinlich empfunden und die Aufmerksamkeit zwangsmässig darauf gerichtet. Ein begleitendes Angstgefühl, im Kopfe localisirt, wird ausdrücklich als Folgeerscheinung angegeben. Hypochondrische Sensationen leichterer Art, wie allgemeines Schwächegefühl, Kopfschmerzen, Athemnoth, Paraesthesie der Gliedmaassen, im Munde und im Unterleibe u. dergl. mehr, bleiben für die Wahnbildung zunächst unverwerthet, tragen aber dazu bei, das äussere Bild einer deprimirten, melancholischen Verstimmung herzustellen. Zwei Fälle der Art, ein 22jähriges Dienstmädchen und eine 30jährige Telegraphistenfrau betreffend, sind mir erinnerlich, von acutem Beginn und rascher Ausbildung (schon in Jahresfrist) zu Verfolgungs- und consecutivem Grössenwahn und umfänglicher inhaltlicher Fälschung. Das Gedankenlautwerden trat in dem einen Falle zuerst nur anfallsweise auf, in erst Stunden, dann Tage langen Anfällen. Mit der allmählichen Gewöhnung daran schwindet der depressive Affect und die Aufmerksamkeit wird freier. Nur in der depressiven Phase der Krankheit ist das Elementarsymptom isolirt vorhanden, später werden die Stimmen selbstständiger, es wird nicht nur das, sondern auch über das, was die Kranken denken und thun, gesprochen und zwar zunächst in feindlichem Sinne, so dass die Stimmen bestimmten Verfolgern zugeschrieben werden, später auch in erfreulichem Sinne, so dass beispielsweise die Stimmen als Hofstaat gedeutet wurden. Aber auch Alles, was die wirklichen Personen der Umgebung sprechen oder thun, wird unter der Voraussetzung beurtheilt, dass die Gedanken ihnen bekannt seien, und so kommt es zu dem Symptom des generalisirten autopsychischen Beziehungswahns und entsprechender Umdeutung der Aussenwelt. Es leidet also dann auch die allopsychische Orientirung.

Das Gedankenlautwerden ist dadurch, dass die Stimmen ausdrücklich als laut ertönende eigene Gedanken geschildert werden, von den autochthonen Ideen hinlänglich scharf unterschieden. Eine innere Verwandtschaft zwischen beiden Elementarsymptomen wird aber zugegeben werden müssen und Ihnen um so einleuchtender

1) Vgl. Anm. zu S. 109 und 127.

erscheinen, wenn Sie sich an meine Bemerkungen über die Bedeutung des linken Schläfelappens[1]) in meiner zwanzigsten Vorlesung erinnern. In diesem Sinne werden wir das Gedankenlautwerden geradezu als eine besondere Form der Functionsstörung des linken Schläfelappens aufzufassen haben. Auch die Verwandtschaft mit den Zwangsvorstellungen machte sich klinisch dadurch geltend, dass in dem einen Falle zur Zeit, als die Stimmen schon selbstständig geworden waren, zeitweilig auch ein Zwang zum Nachsprechen und, bei fragendem Inhalt der Stimmen, zum Beantworten derselben empfunden wurde.

Es scheint fast, als ob das Gedankenlautwerden in dem engen von uns verstandenen Sinne eine besonders schwere und verhängnissvolle Bedeutung beanspruchen könnte. Auch complicirtere Krankheitsfälle, in denen es auftrat, haben sich durch schweren, rasch progressiven Verlauf ausgezeichnet.

Meine Herren! Im Vorstehenden habe ich wesentlich Fälle von besonderer principieller oder practischer Bedeutung berücksichtigt. Das Gebiet der acuten Autopsychosen ist aber damit bei Weitem nicht erschöpft, es scheint vielmehr ganz besonders reichhaltig zu sein und noch eine grosse Zahl wohl zu differenzirender Krankheitstypen zu umfassen. So ist Ihnen ein Fall acuter traumatischer Autopsychose bekannt geworden[2]), welcher ausser schwerer autopsychischer Rathlosigkeit und Desorientirung auch den autopsychischen Defect einer bis in die Kindheit zurückreichenden retroactiven Amnesie darbot. Hinsichtlich der Rathlosigkeit und Desorientirung erinnert er durchaus an den Fall des in der vorigen Vorlesung geschilderten Fräulein v. F. Ferner haben wir gesehen[3]), dass in einem chronisch gewordenen, residuären Falle ein Wahnsystem bestand, welches fast ausschliesslich auf das Elementarsymptom eines generalisirten autopsychischen Beziehungswahns zurückgeführt werden konnte. Alle Handlungen ihrer Umgebung schienen sich der Kranken auf ihre Gedanken zu beziehen oder nach denselben zu richten. Auch sie nahm an, dass ihre Gedanken allen anderen Menschen bekannt seien, hatte aber nie an Gedankenlautwerden gelitten. Vielmehr waren es autochthone Ideen, welche hier als Quelle eines generalisirten autopsychischen Beziehungswahns ermittelt werden konnten.

Noch weitere besondere Fälle von acuten Autopsychosen werden wir in den nächsten Vorlesungen kennen lernen.

---

1) Vgl. S. 211.

2) Vgl. Fall 22 der „Krankenvorstellungen“ Heft 1.

3) Vgl. Fall 13 ebenda.

Dreissigste Vorlesung.

Vorstellung zweier entgegengesetzter Krankheitstypen. Excurs über den Willen. Krankheitsbild der affectiven Melancholie. Gefahr des Selbstmordes dabei. Phantastischer Kleinheitswahn. Phoneme und Visionen. Verlauf, Häufigkeit der Krankheit. Diagnose, Behandlung, Prognose.

Meine Herren!

Die 43jährige Kranke Frau H.,[1]) die ich Ihnen heute vorstelle, lässt in Haltung und Gesichtsausdruck ihre tief deprimirte Stimmung erkennen. Da sie merkt, dass ich von ihrer Verstimmung spreche, bricht sie in Thränen aus. Ueber den Grund befragt, giebt sie an, sich unglücklich zu fühlen. Weshalb unglücklich? Sie könne nichts mehr leisten, sei auch körperlich müde und möchte am liebsten immer nur schlafen. Wie es mit dem Denken steht? Das Denken strenge sie an. Mit dem Gedächtniss? Auch dieses sei schlechter geworden. Zur Prüfung ihrer Merkfähigkeit wird der Patientin das ihr unbekannte Wort Antananarivo zum Merken aufgegeben. Dabei zeigt sich, dass die Auffassung des ihr fremden Wortes schwerer und langsamer als normal geschieht, während sonst die Antworten der Patientin prompt erfolgen. Was Patientin zu leisten habe? Sie habe in der Wirthschaft ihrer Eltern geholfen im Hauswesen, etwas, was ihr sonst nicht schwer gefallen sei. Sobald sie krank wurde, konnte sie nichts mehr thun, sich zu nichts entschliessen, selbst das Aufstehen des Morgens kostete ihr eine Ueberwindung. Alles, was sie zu thun hatte, kam ihr furchtbar schwer vor, sie ängstigte sich deshalb vor dem kommenden Tage. Der Gedanke an die Zukunft machte ihr Angst und brachte sie auf die Idee, sich das Leben zu nehmen. Auf welche Weise? Sie wollte in den nahe gelegenen

1) Vgl. Fall 7 der „Krankenvorstellungen“ Heft 1.

Teich, dies wurde aber dadurch vereitelt, dass man sie nicht allein liess. Ob Patientin auch sonst Angst habe? Nein, nur bei dem Gedanken an die Zukunft. Wo die Angst sitze? In der Brust und im Kopf. Auf die Zwischenfrage, wie das aufgegebene Wort heisse, stellt sich heraus, dass Patientin es nach wenigen Minuten vergessen hat; sie weiss nur noch, dass es mit A anfing. Unter einer Anzahl ihr vorgesprochener Worte erkennt sie es aber wieder. Ob Patientin sonst einen Grund hätte, sich das Leben zu nehmen, etwa materielle Nothlage? Nein, sie sei bei ihren Angehörigen gut aufgehoben, aber Alles sei ihr gleichgültig, auch wie es den Eltern und den Geschwistern erginge, ob ihre Geschwister sie in der Klinik besuchten oder nicht, selbst wenn Krieg wäre oder der Kaiser stürbe, so könnte sie das nicht berühren. Sie könne sich weder freuen noch Trauer empfinden, ihr Herz sei versteinert. In der That nimmt die Patientin, die dauernd im Bett gehalten wird, auch an den Vorgängen ihrer Umgebung keinerlei Antheil, verhält sich gegen die Besuche ihrer Angehörigen gleichgültig, äussert nie einen Wunsch. Bis auf die Besorgung ihres Körpers, die Befriedigung ihrer Bedürfnisse, das Bettmachen und dergleichen Verrichtungen, die zu bestimmten Zeiten von allen Kranken der Station vorgenommen werden, zeigt sie keinerlei Initiative und spricht auch von selbst im Allgemeinen nicht, sondern nur auf Befragen, dabei allerdings, wie schon bemerkt, immer ganz prompt, wenn es sich nicht um schwerere Anforderungen handelt. Befragt, ob sie denn an gar nichts denke, erwidert Patientin, dass ein quälender Gedanke sie unaufhörlich beschäftige, nämlich, dass sie seit dem Tode ihres Mannes (vor einem Jahre) so allein und verlassen sei.

Patientin ist vollkommen über ihre Lage orientirt, sie fühlt sich krank, hat volles Vertrauen zu den ärztlichen Anordnungen und ist, um sich vor einem Selbstmord zu behüten, selbst in die Klinik gekommen. Durch Zuspruch wird sie günstig beeinflusst, kann aber den Zweifel, jemals wieder gesund zu werden, nicht besiegen. Körperlich ist sie gesund, von mässigem Ernährungszustand. Der Appetit ist aber sehr gering, und Patientin isst genügend nur auf Geheiss. Der Schlaf erfolgt trotz vorhandenen Schlafbedürfnisses nur auf Schlafmittel. Patientin hat schon vor 15 Jahren einen Anfall von Melancholie gehabt, von dem sie geheilt worden ist; sie war dann viele Jahre lang eine der besten Wärterinnen des Hospitals X., war dann sechs Jahre verheirathet und hat seit dem Tode ihres Mannes, d. h. seit einem Jahre, schon einige Mal den gleichen Krankheitszustand gehabt, in dem sie sich heute befindet. Die

Dauer desselben soll gewöhnlich etwa vier Wochen, die Zwischenzeiten etwa ebenso viel betragen haben. Die gesunden Zeiten schildert Patientin so, dass sie sich in ihnen vollkommen wohl fühle, gut schlafe und reichlich esse und gern viel arbeite. Der krankhafte Zustand stelle sich immer ziemlich rasch, in ein bis zwei Tagen, ein und kündige sich dadurch an, dass eine beträchtliche habituelle Schweisssecretion in den Achselhöhlen aufhöre. Die Trockenheit der Achselhöhlen dauere dann die ganze Krankheitszeit durch an.

Von principiellem Interesse für die Auffassung des Krankheitszustandes ist auch das Ergebniss der perimetrischen Untersuchung.[1]) Es stellt sich dabei eine concentrische Einengung der Gesichtsfelder beider Augen heraus, die im horizontalen Meridian nach Aussen bis zum 60., nach Innen bis zum 40. Grad geht und durch Ermüdungstouren noch um weitere 8—10^{0} gesteigert werden kann.

Die Vorstellung unserer zweiten Kranken, der 24jährigen Verkäuferin Bertha Pr.[2]), wird voraussichtlich die Form eines Zwiegespräches annehmen.

Patientin tritt, sich krümmend vor Lachen, zum Hörsaal herein und begrüsst mit etwas schnarchender, lauter Stimme (Lieutenantsimitation) die Anwesenden. „Guten Morgen, meine Herren, guten Morgen Storch, guten Morgen Liepmann, was macht's Frauchen? Ah guten Morgen Herr Professor, freut mich sehr, Sie zu sehen. Wie geht's? alle Tage besser? nicht wahr? Ich bin nämlich immer ein Bisschen lustig, aber das schadet nicht, nicht wahr? Warum soll ich nicht lustig sein?“ Ich: „Jetzt seien Sie einmal ein wenig ruhig und setzen Sie sich, ich möchte jetzt den Herren etwas sagen, dann können Sie wieder reden.“ Patientin setzt sich in ungenirtester Weise, die Beine ausgestreckt, das Gesicht, in die Hände gestützt, nach den Zuhörern gewendet. „Freilich, ich werde ganz ruhig sein, sprechen Sie nur, ich spreche kein Wort. Ah, was ist das? (nach der Wasserleitung mit Ausguss sehend). Sie haben hier ein schönes Closett“, geht näher heran, „ach so, ein Ausguss, ein feiner Ausguss, und Seife und so ein reines Handtuch.“ „Ich denke, Sie wollen ruhig sein?“ „Ja, bin ich auch, aber pfui, der ist schmutzig“ (fährt mit dem Finger über den Ausguss, schüttelt sich vor Ekel und steckt dann den Finger in den Mund). „Nun setzen Sie sich nur wieder. Sie sind doch die Bertha Przytek? „Jawohl, nun wir kennen uns doch schon lange, Herr Professor. Ach, was haben

1) Das Gesichtsfeld in den freien Zeiten aufgenommen erweist sich als normal.

2) Aufgenommen 22./8. 97. Vgl. auch Fall 5 der „Krankenvorstellungen“ Heft 1.

Sie für einen feinen Rock an, Sie sind überhaupt ein sehr schöner Mann, Herr Professor.“ Mich bei der Hand fassend und sich mit mir nach Art der Tanzsängerinnen zum Pas de deux aufstellend, singt sie möglichst falsch mit lauter, rauher Stimme:

Wir sind zwei Wunderkinder,
Wie so Kinder sind,
Das sieht sogar ein Blinder,
Und wäre er ganz blind.

Dann in anderer, entsprechend theatralischer Stellung: „Uebers Jahr soll die Hochzeit sein.“ Dann sagt sie mit komisch schmachtendem Augenaufschlage: „Endlich allein.“ Ich: „Nun seien Sie endlich einmal vernünftig, Bertha, und lassen Sie mich auch was sagen.“ „Freilich, vernünftig bin ich immer, das ist so gerade meine Sache! Ihre auch, was? Jetzt bin ich ganz ruhig.“ Trotzdem spricht sie andauernd fort, alles Gesehene und Gehörte auffassend und in ihrem Redestrom verarbeitend. Als sie das Wort Hypermetamorphose hört, sagt sie z. B.: „Ja, die Meta, die hat mir zu viel Morphium gegeben.“ Das Wort Wesen aufnehmend, äussert sie: „An der Weser bin ich auch gewesen.“ „Wie alt sind Sie denn?“ „Ich bin jetzt genau 16 Jahr 2 Minuten alt.“ „Aber das kann doch nicht stimmen?“ „Nu glauben Se’s nich, ich bin 16 Jahr 2 Minuten. „Wo sind Sie hier?“ „Im Irrenhause auf der Göppertstrasse.“ „Wie werden Sie da behandelt?“ „Ach, Schwamm drüber.“ „Gut oder schlecht?“ „Schlecht? Es giebt überhaupt keinen Ausdruck dafür.“ „Also, es gefällt Ihnen hier nicht?“ „Ich will heraus, was soll ich hier unter Dieben, Huren, Spitzbuben, Mördern.“ „Huren? Wie kommen Sie denn unter Huren?“ „Wie kommen Sie denn auf mich, Herr Professor?“ „Was sind denn das hier für Herren, Bertha?“ „Pfui, das sind schon alte Herren, das andere Mal waren es hübsche junge.“ „Sie haben einmal gesagt, Sie wären eine Tochter der Kaiserin. Wie ist denn das?“ „Ach Stuss, ich bin nie eine Kaiserin gewesen, ich bin ein Bofel.“ „Adieu, Bertha, Sie können jetzt gehen.“ Allen freundlich zunickend, entfernt sie sich laut lachend, wie sie gekommen: „Adieu Liepmann, grüssen Sie’s Frauchen. Adieu, meine Herren.“

Meine Herren! Die beiden vorgestellten Kranken werden Ihnen hauptsächlich durch ihre ganz entgegengesetzte Stimmungslage und das ebenso entgegengesetzte darauf basirende Verhalten aufgefallen sein. Ich will bald darauf aufmerksam machen, dass ich sie als verhältnissmässig reine Beispiele derjenigen von unserem Schema abzuleitenden Veränderung betrachte, welche ich als intrapsychische Afunction bezw. Hypofunction und intrapsychische Hyperfunction

bezeichnet habe, d. h. als den Ausdruck krankhaft herabgesetzter und andererseits krankhaft gesteigerter Thätigkeit der intrapsychischen Bahnen. Jedoch die Erfahrung, die wir schon bisher immer gemacht haben, dass die Störungen der Bewusstseinsthätigkeit, welche von unserem Schema s A Z m abzuleiten sind, immer auch zu Veränderungen des Bewusstseinsinhaltes führen, die überwiegend einem der drei von uns unterschiedenen Bewusstseinsgebiete angehören, bestätigt sich auch hier. Wir werden finden, dass die autopsychische Orientirung in beiden Fällen Schaden nimmt, und zwar hat die intrapsychische Afunction gesetzmässig den Kleinheitswahn, die Hyperfunction den Grössenwahn zur Folge. Die augenblickliche Leistung des Bewusstseins schliesst ferner denjenigen Act in sich ein, welcher die Selbstwahrnehmung von der geistigen Verfassung, in der wir uns gerade befinden, vermittelt. Diese Thatsache hat schon Griesinger dazu geführt, von einem „psychischen Tonus" zu sprechen und die krankhaft gehobene Stimmung von einer Erleichterung, die deprimirte Stimmung von einer Erschwerung der in dem „psychischen Reflexbogen" stattfindenden Bewegung herzuleiten. Nun sind aber ebenso die veränderte Stimmungslage als die ihr zu Grunde liegende Abweichung der intrapsychischen Function wesentliche Qualitäten der Persönlichkeit oder Individualität, und es darf uns deshalb nicht wundern, wenn das thätige Bewusstsein diese Abänderung der Persönlichkeit wahrnimmt und darauf reagirt. Es resultirt eine autopsychische Identificationsstörung im Sinne meiner Bemerkungen am Eingange der 28. Vorlesung.[1]) Bei Uebertragung der auf den psychosensorischen Gebieten angenommenen Identificationsstörungen auf das Bewusstsein der Persönlichkeit würde es sich um eine Parästhesie im Sinne unseres Schemas handeln. Da nun die Erfahrung lehrt, dass es verhältnissmässig zahlreiche reine Krankheitsfälle giebt, in denen die Gesammtheit der Symptome von den zunächst hypothetisch angenommenen Zuständen der intrapsychischen Afunction und Hyperfunction abzuleiten sind, so haben wir damit auch die Begriffsbestimmung für zwei scharf unterschiedene Formen von Autopsychose gewonnen, die wir Melancholie und Manie nennen wollen.

Fassen wir zunächst die Melancholie ins Auge, für die uns die Frau H. ein gutes[2]) Beispiel liefert.

---

1) Vgl. S. 305 und 306.

2) wenn auch nicht ganz reines. Die Herabsetzung der Merkfähigkeit und die concentrische Einengung des Gesichtsfeldes sind Beimengungen, welche in der grossen Mehrzahl der Fälle nicht vorhanden sind und vielleicht der besonderen, an sich sehr seltenen, recidivirenden Form angehören.

Eine kurze Auseinandersetzung darüber, was wir von unserem Standpunkt aus als Wille zu verstehen haben, dürfte hier nicht zu umgehen sein. Dem Willen zu einer bestimmten Handlung geht bekanntlich der Entschluss voraus, d. h. unzweifelhaft eine reine Gedankenthätigkeit, welche zu ihrem Inhalt hat, dass zwei oder mehr Möglichkeiten mit einander abgewogen werden. Es ist nur natürlich, dass in normalen Verhältnissen diejenige Möglichkeit mit Leichtigkeit den Sieg davon trägt, welche durch Gewohnheit und Uebung den grösseren Werth erlangt hat, der Entschluss wird also durch die Normalwerthigkeit der Vorstellungen und Vorstellungsreihen zum normalen. Wenden wir uns an ein einfaches Beispiel. Ich wache des Morgens auf und soll nun aufstehen und mich ankleiden, dazu bedarf es eines Entschlusses. Die beiden Möglichkeiten sind aufstehen und liegen bleiben; nichts natürlicher daher, als dass prompt aufgestanden wird, wie man es sein Leben lang immer gethan hat. Aber das Aufstehen kann noch von verschiedenen Dingen abhängig gemacht werden, z. B. von der Zeit: ein Blick auf die Uhr bestimmt uns, liegen zu bleiben. Oder ich habe eine unruhige Nacht verbracht, ich glaube zu fiebern und fühle mich krank und komme deshalb zu dem Entschluss, liegen zu bleiben. Man sieht, dass der Entschluss nur dann richtig und verständig ist, wenn eine ganze Anzahl von Vorstellungsreihen, die dabei mitwirken, ihren normalen Werth haben, und dass er abnorm ausfällt, wenn die Werthigkeit dieser Vorstellungen unter einander in Folge einer Geisteskrankheit verändert ist. So steht der hypochondrische Geisteskranke vielleicht deshalb nicht auf, weil er in Folge abnormer körperlicher Empfindungen, die durch die Geisteskrankheit bedingt sind, sich für körperlich krank und zu schwach zum Aufstehen hält.

Wenn wie in diesem Beispiele nur die beiden Möglichkeiten gegen einander abgewogen werden, etwas entweder zu thun oder zu unterlassen, so sollte man meinen, dass nur der erste Fall eine Leistung in sich schliesst, und dass deshalb die Bedingungen seines Zustandekommens immer schwieriger seien als für den zweiten Fall. Das wäre an sich, wie wir bald sehen werden, wohl richtig, aber für das gewissermaassen fertige Bewusstsein des erwachsenen Menschen gilt doch als ausschlaggebend, welchen Werth eine bestimmte Vorstellung durch Uebung, Erziehung und Gewohnheit erlangt hat, und es ist im Vergleich dazu ziemlich unerheblich, ob thun oder nicht thun den Inhalt dieser Vorstellung bildet. Nehmen wir an, dieser alt erworbene Besitz von Vorstellungen von einem bestimmten Werth sei verloren gegangen oder sehr vermindert, es bestehe ein bestimmter

höherer Grad von Blödsinn beispielsweise bei einem Paralytiker, so wird dieses natürliche Verhältniss allerdings in seine Rechte treten, der Kranke kommt dann schon aus diesem allereinfachsten Grunde zu dem Entschluss, liegen zu bleiben. Unter Umständen kann aber gerade das Nichtthun, das Unterlassen die grössere Willensanstrengung erfordern; denken wir uns z. B. eine gewissenhafte Mutter, die gewohnt ist, zu bestimmter Zeit aufzustehen, um ihr Kind zu besorgen, im Falle einer schweren körperlichen Erkrankung: sie wird aller Selbstbeherrschung bedürfen, um dann dem Arzte zu gehorchen und die gewohnte Handlung zu unterlassen.

Als Wille können wir jetzt diejenige mehr oder weniger complicirte Vorstellung definiren, welche aus einem Entschluss hervorgegangen ist, der Entschluss hinwiederum lässt sich definiren als Abwägung (richtiger wäre Wettbewerb) zweier oder mehrerer Vorstellungen oder Vorstellungsreihen, von denen mindestens eine die Bedingung erfüllt, dass sie einen motorischen Inhalt hat, also zugleich den Ausgangspunkt für Bewegungsvorgänge bilden kann. Die Freiheit des Willens setzt die Freiheit der Entschliessung, d. h. die Normalwerthigkeit aller Vorstellungen, die bei dem Entschluss mitzuwirken hatten, voraus. Man thut dem Sprachgebrauch keinen Zwang an, wenn man den Act der Entschliessung mit zum Willen rechnet, und dann lässt sich einfach definiren: Wille ist das Ergebniss des Wettbewerbes verschiedener Vorstellungsgruppen, von denen mindestens eine eine motorische Zielvorstellung ist und die Ausgangspunkte des centrifugalen Projectionssystems für sich zur Verfügung hat. Durch diese Betrachtung wird uns verständlich, dass der Wille gewissermaassen einen Index der an die Bahn A Z unseres Schemas gebundenen intrapsychischen Function darstellt.

Von den Widerständen dieser centrifugalen Bahn Z m, von der Kraftleistung, welche nothwendig ist, um deren Widerstände zu überwinden, muss unser Bewusstsein wohl eine annähernde Kenntniss haben, denn die Erfahrung lehrt, dass uns der Entschluss, etwas zu thun, um so schwerer fällt, je schwieriger die Aufgabe ist. Am schwierigsten erscheint uns immer das Neue, Unbekannte, noch nicht Versuchte, und zwar auch dann, wenn die Schwierigkeit nur scheinbar ist und auf einer Selbsttäuschung über unser Können beruht. So bedarf es für den Ungeübten eines festen Willens oder einer ungewohnten Willensanstrengung, wie man es nun ausdrücken will, um beim Ueberschreiten einer Gletscherspalte in eine Stufe hineinzuspringen, selbst wenn der Sprung durchaus bequem und eine wirkliche Gefahr nicht vorhanden ist. Aehnlich kann es sich, falls

dieses Beispiel noch zu complicirt erscheinen sollte, mit dem Aussprechen eines schweren Wortes in einer fremden Sprache verhalten: ein sehr schüchterner Schüler giebt es wohl von vornherein auf, das Wort zu sprechen, und wagt nicht einmal den Versuch.

Viele Handlungen bedingen einander gegenseitig in so zwingender Weise, dass eine begonnene nur das Anfangsglied einer ganzen Kette von sich daran schliessenden Handlungen bildet. Von der um so Vieles grösseren Kraftleistung, welche unter diesen Umständen erforderlich ist, hat ebenfalls unser Bewusstsein eine Kenntniss, und es wird deshalb besonders starke Motive erfordern, unseren Willen zu einem solchen Unternehmen zu bestimmen; im Gegensatz zu den oben angeführten einfachen Handlungen sind es Unternehmungen, wenn man eine Besteigung ausführen, eine fremde Sprache erlernen oder ein Examen bestehen will.

Diese wenigen Betrachtungen werden genügen, uns ein Verständniss derjenigen Symptome zu eröffnen, welche auf einer Herabsetzung der Willensthätigkeit durch intrapsychische Afunction beruhen. Der Beginn der affectiven Melancholie äussert sich oft in der Unfähigkeit zu irgend welchen an sich noch so leichten Unternehmungen. So versagt der Geschäftsmann, welchem jeder Tag ein neues Unternehmen auf nöthigt, der Schüler weigert sich, ins Examen zu gehen, obwohl er vorher seines Erfolges völlig sicher war, einem Anderen wird es ganz unmöglich, sich für einen bestimmten Beruf zu entscheiden u. dergl. mehr. Wir erblicken darin den leichtesten Grad einer intrapsychisch bedingten Akinese. (Mancher Selbstmord junger Männer ist auf die Unfähigkeit der Entschliessung, in das Examen zu gehen, zurückzuführen.)

Die einzelnen Handlungen, welche sich im gewohnten Gleise des täglichen Lebens halten, können dabei zu nächst noch ohne Anstand vor sich gehen. Doch allmählich steigert sich die Erschwerung der Gedankenthätigkeit, und dann erscheint schon die einfache Handlung im Lichte eines schweren Unternehmens. Der Kranke bemerkt selbst, dass ihm jede Entschliessung grosse Schwierigkeiten bereitet. Diese Schwierigkeit wächst mit der Complicirtheit der Aufgabe. Zunächst macht sie sich bei allen den Gelegenheiten geltend, welche ausser den Rahmen des gewohnten Lebensganges fallen, wie z. B. wenn ein gerichtlicher Act wahrzunehmen ist, eine Reise unternommen werden, in Vertretung oder im Interesse Anderer gehandelt werden muss, überhaupt bei allen wichtigeren Entscheidungen.

Demnächst fällt es den Kranken schwer, sich zu den nothwendigen Handlungen des gewohnten Lebensganges, endlich sogar zu jeder

Thätigkeit überhaupt zu entschliessen. In dieser Phase der Krankheit begegnet man häufig genug der Klage, dass die Kranken nicht ohne Selbstüberwindung aufstehen und das Bett verlassen können.

Die Wirkung dieses Zustandes äussert sich je nach der Persönlichkeit der befallenen Individuen verschieden. Bei allen werthvolleren Persönlichkeiten, welche die nothwendigen Handlungen des täglichen Lebens als Pflicht empfinden, führt das Gefühl des Versagens und der Erschwerung in der Pflichterfüllung mit Nothwendigkeit zu der Vorstellung der Pflichtverletzung, Schlechtigkeit oder je nachdem Sündhaftigkeit, d. h. er wird zur Quelle des Verschuldungs- oder Kleinheitswahns. Mindestens entwickelt sich daraus die Furcht vor der Zukunft, welche der Pflichterfüllung immer neue Aufgaben stellt, und diese Furcht vor der Zukunft ist oft gleichbedeutend mit der Furcht, weiter zu leben. Eine zufällige Erschwerung dieser Aufgaben, selbst wenn sie noch in den Kreis der gewohnten Berufsthätigkeit fällt, führt hier bei pflichttreuen Menschen leicht zur Katastrophe. Unvergesslich ist mir in dieser Hinsicht der Fall eines Charitécollegen, der nach einem Anfall affectiver Melancholie vom Urlaub zurückgekehrt, zur syphilitischen Weiberabtheilung commandirt wurde und die peinlichen Eindrücke dieses Krankendienstes nicht verwinden konnte. Er erschoss sich am Tage seines Dienstantrittes und hinterliess einen Zettel mit den vielsagenden Worten: „Ich bin absolut ausser Stande, weiter zu leben.“ Er hatte vorher vergeblich alle Hebel in Bewegung gesetzt, um auf eine andere Abtheilung zu kommen. Die Selbstmorde dieser Entstehungsart sind zahlreich und werden in den meisten Fällen erst, wenn sie geschehen sind, in ihren Motiven verständlich; denn die Bedingungen dafür liegen so, dass die befallenen Individuen nicht dazu neigen, sich auszusprechen, so dass man meist nur durch gelegentliche halb unwillkürliche Aeusserungen, die erst später im richtigen Lichte erscheinen, auf den Gemüthszustand des Selbstmörders zurückschliessen kann.

Die Selbstwahrnehmung der erschwerten Willensthätigkeit, das subjective Insufficienzgefühl, ist wohl das bedeutungsvollste und charakteristischste Symptom der affectiven Melancholie. Es wird oft in der prägnantesten Weise von den Kranken selbst geschildert und bildet die Hauptgrundlage ihres schweren Unglücksgefühls.

Mit der Schwierigkeit der Entschliessung geht Hand in Hand eine Abstumpfung der psychischen Gefühle. Wenn ich von psychischen Gefühlen spreche, so erinnere ich an eine andere Art von Gefühlen, die Sie schon kennen gelernt haben, die Organgefühle, welche zu der Qualität der Sinnesempfindungen den Gegensatz

bildeten und letztere mit dem sogenannten Gefühlston ausstatteten. Die psychischen Gefühle haben mit diesen Sinnesempfindungen nichts gemein, sie zeigen sich vielmehr von einer ausgiebigen, grosse associative Verbände umfassenden intrapsychischen Thätigkeit abhängig. Wir verstehen darunter etwa folgende Begriffe: Liebe, Hass, Neigung, Abneigung, Freundschaft, Trauer, Sorge u. dergl. mehr, sprachliche Ausdrücke für bestimmte innere Erfahrungen, die mit gewissem Recht bei allen Menschen als gleich vorausgesetzt werden. Während sich die erwähnten psychischen Gefühle meist auf das Verhältniss zu Personen beziehen, verstehen wir unter Interesse einen ähnlichen Affectzustand im Verhältniss zu den Dingen und Verhältnissen und sprechen von einem Interesse für Kunst und Wissenschaft, für Politik, für die Ausübung irgend einer Thätigkeit, namentlich den Beruf u. s. w. Wie man sieht, gehört das Interesse eigentlich zu den psychischen Gefühlen und ist nur der praktischen Uebersicht wegen von ihnen abgezweigt. Beides sind Zustände des Individuums, die ausschliesslich von der intrapsychischen Thätigkeit herzuleiten sind. Mit der Erschwerung und Herabsetzung derselben bemerkt der Kranke eine Abstumpfung und Erkaltung seiner Gefühle, z. B. seiner Neigung zu den nächsten Angehörigen, und ein Sinken des Interesses, beispielsweise an der beruflichen Thätigkeit, an den öffentlichen Angelegenheiten, an den gewohnten Zerstreuungen. Die Folge dieser Selbstwahrnehmung ist einmal ein Zustand krankhafter Gleichgültigkeit und innerer Leere, dessen Vorbild die Blasirtheit, der berühmte Spleen der Engländer ist. Für feiner organisirte Naturen, die nicht durch grob sinnliche Genüsse befriedigt werden, fällt damit der Reiz des Lebens fort, und der Gedanke an Selbstmord taucht erst unbestimmt, allmählich in immer greifbarerer Form auf. Zur actuellen Gefahr wird dieser Gedanke, wenn die Kranken sich über die Art der Ausführung klar geworden sind.

Die andere Folge ist wieder der Kleinheitswahn oder das Selbstanklagedelirium. In Folge des schulmässig verbreiteten Irrthums, dass der Mensch seine Gedanken und Gefühle beherrschen könne, während doch thatsächlich die Gedanken den Menschen beherrschen, entsteht die Vorstellung der Pflichtvernachlässigung, der Schlechtigkeit und Unwürdigkeit, welche selbst wieder zum Ausgangspunkt für die Idee des Selbstmordes werden kann. Ich verdiene nicht zu leben, ich verdiene nicht die Liebe der Angehörigen u. dergl. mehr, sind Aeusserungen, die man sehr häufig von solchen Kranken hört. Alles in Allem lässt sich die Gemüthslage dieser Kranken am richtigsten als Unglücksgefühl bezeichnen. Dieses Unglücksgefühl hat

aber, wie eben entwickelt worden ist, eine ganz andere Genese als das früher erwähnte aus hypochondrischer Entstehung, es beruht auf der Wahrnehmung der krankhaften Veränderung der Persönlichkeit und kann als eine besondere Art der autopsychischen Rathlosigkeit aufgefasst werden.

Meine Herren! Wie Sie sehen, sind es wesentlich subjective Beschwerden, welche das Wesen der affectiven Melancholie ausmachen. Objective Symptome werden erst bei einer gewissen Krankheitshöhe bemerkbar, können aber leicht übersehen oder missdeutet werden. Es sind die Zeichen intrapsychischer Akinese, also wesentlich negative Symptome: die Kranken hören allmählich auf von selbst zu sprechen oder etwas zu thun. Das konnte auch bei unserer Kranken Frau H. constatirt werden. Eine merkliche Verlangsamung und Erschwerung der Reactionen auf äussere Anregung geht aber über den eng gefassten Rahmen unserer Krankheit hinaus. Der Grund dafür liegt in folgenden Verhältnissen. Der Ausfall an Reactionen, die reactive Akinese, entspricht immer einem verhältnissmässig hohen Grade intrapsychischer Afunction, welcher zugleich verhindern wird, dass das fundamentale Symptom der subjectiven Insufficienz zu Stande kommt. Diesen hohen, überwiegend durch objective Ausfallssymptome gekennzeichneten Grad der intrapsychischen Afunction und Akinese beobachten wir häufig genug in einem von der affectiven Melancholie durchaus zu trennenden Krankheitszustande, welchen wir als depressive Melancholie bezeichnen wollen. Von diesem wird später noch mehrfach die Rede sein. Hier nur die Andeutung, dass es noch fraglich ist, ob der Zustand der depressiven Melancholie als eine eigene Geisteskrankheit anerkannt werden kann. Für die affective Melancholie in unserer engen Fassung bestehen solche Zweifel nicht.

Zur Vervollständigung des Krankheitsbildes sind noch einige Symptome zu erwähnen, die dabei so häufig sind, dass man wohl auf einen inneren Zusammenhang der Erscheinungen schliessen muss. Die meisten dieser Kranken klagen auch über Angst, und diese Angst hat überwiegend häufig das Gepräge der körperlich bedingten, localisirten Angst, bei weitem am häufigsten in der Brustgegend, demnächst im Kopf sitzend. Die „traurigen Gedanken", ein häufiger Ausdruck für die Selbstmordideen, machen sich ganz besonders in den Anfällen oder bei Steigerung der Angst geltend. Diese Angst kann nur als eine unmittelbare Folge der intrapsychischen Functionshemmung aufgefasst werden. Ebenso verhält es sich mit einem zweiten Symptom, dem eintönigen Verharren auf gewissen quälenden,

sich aufdrängenden Vorstellungen, die der Kranke nicht los werden kann. Sie sind ihrem Inhalt nach zweierlei Art, entweder Erlebnisse der Vergangenheit betreffend und mit dem Gegenstand der Selbstanklage in Zusammenhang, oder aber hypochondrischer Natur. Leichte Muskelschmerzen führen so zur Vorstellung, für immer gelähmt zu sein, ein Globusgefühl im Halse wird als Krebsleiden, Molimina uterina oder alvi werden als entehrende Geschlechtskrankheit gedeutet. Das Unglücksgefühl und die Hoffnungslosigkeit der Kranken wird dadurch gesteigert. Auch das Auftauchen solcher „überwerthiger“ Vorstellungen scheint mir eine verständliche Nebenwirkung desselben Krankheitsvorganges, der der Erschwerung und Herabsetzung der Associationsthätigkeit zu Grunde liegt. Endlich ist noch gewisser Allgemeinerscheinungen zu gedenken. Viele Kranke haben eine belegte Zunge oder noch weiter gehende Erscheinungen eines Magenkatarrhs, alle haben mangelnde Esslust, die sich bis zu ausgesprochenem Widerwillen gegen die Nahrungsaufnahme steigern kann. Die Meisten haben kühle, oft selbst cyanotisch gefärbte Fxtremitäten.

Die affective Melancholie entwickelt sich gewöhnlich ziemlich langsam, im Laufe von Wochen oder Monaten aus zunächst unscheinbaren Anfängen heraus. Sie wird deshalb den Kranken selbst und erst recht den Angehörigen erst auffällig, wenn die eben geschilderten Symptome schon deutlich entwickelt sind, und ihre Diagnose ist dann durch passende Suggestivfragen leicht zu stellen. Das Krankheitsbild selbst ist etwas individuell gefärbt, je nachdem die Selbstanklage, das Unglücksgefühl oder die Blasirtheit stärker in den Vordergrund treten. Die Selbstanklage beschränkt sich zuweilen auf die Vorstellung, selbst Schuld an der Krankheit zu sein, unrichtiger Weise irgend welche Maassnahmen ergriffen oder unterlassen zu haben. Im Uebrigen ist ihr Inhalt je nach der Persönlichkeit verschieden. Besonders häufig trifft man auf die Wahnvorstellung, den Tod irgend eines verstorbenen Angehörigen verschuldet zu haben, indem derselbe bei anderer Pflege oder anderen Maassnahmen hätte gerettet werden können, auch der Beruf giebt den Inhalt für mehr oder weniger phantastische Selbstanklagen, der Kaufmann erklärt sich für einen Betrüger, der Officier für ehrlos u. s. w. Geheime Jugendsünden und sexuelle Ausschweifungen sind ebenfalls sehr häufige Selbstanklagen.

Die affective Melancholie kann sich in der Richtung weiter entwickeln, dass die Intensität der geschilderten Symptome einen besonders hohen Grad erreicht. In diesem Falle gewinnen die

Klagen der Kranken, die vorher nicht über das Bereich des an sich Möglichen hinausgingen, einen phantastischen und offenbar unwahrscheinlichen Anstrich, es kommt zum phantastischen Kleinheitswahn. Der Kranke klagt sich an, daran schuld zu sein, dass es so viele kranke Menschen giebt, dass die Menschen verhungern müssten, dass die Welt untergeht. Das phantastische Element kommt auch in Aeusserungen zum Vorschein, welche das Versagen der Associationsthätigkeit an sich zum Inhalt haben, wie z. B.: „Ich bin gar kein Mensch mehr“, „ich kann niemals sterben,“ „es wird nicht mehr Abend“, schliesslich „es existirt überhaupt nichts mehr“. Solche Aeusserungen können nur so gedeutet werden, dass das Versagen der Associationsbahnen, die das Weltbild, das Bild der eigenen Persönlichkeit und des Körpers ermöglichen, den Kranken zu Bewusstsein kommt.

Aus derselben Kleinheitswahnidee, nämlich der Vorstellung des Unwerthes, zu leben, insbesondere zu essen, kann eine schwere Nahrungsverweigerung mit heftiger Abwehr aller Fütterungsversuche erfolgen.

Die Kleinheitswahnideen können sich in die Form von Stimmen kleiden. Die Kranken hören sich der scheusslichsten Unthaten bezichtigen, hören Worte wie: „Mörder, Ehebrecherin, Hure“, und als Ausdruck der Hoffnungslosigkeit Worte wie: „auf ewig verdammt“ oder „auf ewig verloren“. Solche Phoneme treten aber immer nur vereinzelt, sporadisch auf und bleiben ihrem Inhalt nach selbst bei hochgradiger Angst auf autopsychische Angstvorstellungen beschränkt.

Gesichtshallucinationen mehr oder weniger verschwommener Art kommen auch bei leichteren Graden der Melancholie vor. Sie treten meist nur unter begünstigenden äusseren Umständen, in der Dämmerung oder bei Nacht auf und beziehen sich auf den traurigen Gedankeninhalt, der die Kranken beschäftigt. Die Kranken sehen Särge, Leichen oder auch ein ganzes Leichenbegängniss, Menschen in Trauer, verstorbene Angehörige. Meist wird ausdrücklich angegeben, dass dies Bilder oder Schatten sind.

Das schwerere Krankheitsbild kann aus dem leichteren Grade hervorgehen und die Steigerung desselben sein, es kann sich aber auch selbstständig und dann gewöhnlich viel acuter als die leichtere Form entwickeln.

Der Verlauf der affectiven Melancholie lässt sich in Form einer rein intensiven Curve darstellen, d. h. die Gruppirung der Symptome, welche das Krankheitsbild zusammensetzt, bleibt während der Dauer der Krankheit die gleiche, und nur die Intensität zeigt einen gewissen Wechsel. Wie schon berührt, pflegt sich die Krankheit lang-

sam ansteigend innerhalb einiger Wochen bis zu voller Krankheitshöhe zu entwickeln, dann auf dieser zu verharren, meist nur durch Wochen, zuweilen aber auch durch Monate hindurch, und dann ebenso allmählich oder noch etwas langsamer, als sie entstanden ist, in Reconvalescenz und endlich in Heilung überzugehen. Leichte Schwankungen in der Intensität können sich auch zur Zeit der Krankheitshöhe geltend machen. Im Ganzen ist der Verlauf ein continuirlicher.

Nach Ablauf der Krankheit ist fast regelmässig eine Phase leichter maniakalischer Verstimmung, bald nur wenige Tage, bald wenige Wochen dauernd zu beobachten, und es ist immer räthlich, die Kranken nicht vorher aus der Behandlung zu entlassen. Das Verhalten des Körpergewichts zeigt ziemlich genau die umgekehrte Bewegung wie die Krankheitscurve, und die eingetretene Heilung verräth sich auch dadurch, dass eine weitere Gewichtszunahme nicht mehr erfolgt. Die Krankheitseinsicht, das im Allgemeinen erforderliche Kriterium jeder Heilung, ist bei der vorliegenden Krankheit deshalb schwerer verwerthbar, weil es geradezu als eine Eigenthümlichkeit der affectiven Melancholie bezeichnet werden muss, dass ihr diese in einem gewissen Maasse durch die ganze Krankheitsdauer zu eigen ist; mindestens besteht immer ein gewisses Krankheitsgefühl, oder eine wirkliche Krankheitseinsicht geht nur zeitweilig und auf der Krankheitshöhe unter dem Einfluss des Kleinheitswahnes verloren.

Die Prognose der Krankheit ist nach dem Gesagten im Allgemeinen günstig zu stellen, wenn man von der jeder Zeit drohenden Gefahr des Selbstmordes absieht oder ihr zu begegnen weiss; doch giebt es seltene Fälle, in welchen die affective Melancholie chronisch wird und erst nach Jahren eine langsame Abnahme in der Intensität der Symptome zeigt, ohne weder in Heilung noch in eigentlichen Schwachsinn überzugehen. Diese Fälle zeigen in ihrem klinischen Gepräge eine gewisse Verwandtschaft mit der depressiven Melancholie, während die Affectfärbung mehr dem leichteren Grade der affectiven Melancholie entspricht.

Meine Herren! Das Krankheitsbild, welches ich Ihnen hier skizzirt habe, ist nicht identisch mit der Melancholie der Autoren, auch nicht mit der von Meynert als Melancholie bezeichneten Krankheit, welche er mit dem Kleinheitswahn identificirt. Wir haben schon gesehen und werden uns später noch mehr überzeugen, dass dieser Kleinheitswahn ganz verschiedene Entstehungsursachen hat und darnach verschieden aufgefasst werden muss. Auf die von anderen Autoren als Melancholie hingestellten Krankheitsbilder habe ich keinen Anlass, näher einzugehen, und will nur erwähnen, dass sie

meist viel zu weit gefasst sind. Eine alte Lehrmeinung aber verdient hier Erwähnung, um so mehr, als sie uns schon nach den wenigen klinischen Kenntnissen, die wir bis jetzt erworben haben, vollständig begreiflich erscheint. Zur Zeit, da man das Vorherrschen einer unangenehmen, peinlichen Gemüthslage überhaupt bei sonst noch so verschieden gefärbten Krankheitsfällen Melancholie nannte, eine Zeit, die für viele Autoren noch nicht überwunden ist, hat man den Satz aufgestellt und seitdem immer wieder verfochten, dass alle Geisteskrankheiten mit einer Melancholie beginnen sollten. Eine Ausnahme davon hat man nur in bestimmten Fällen chronischer Geisteskrankheit, der sogenannten primären Verrücktheit, anerkannt. Bedenken wir dagegen, dass die peinliche Gemüthslage der Rathlosigkeit in ihren verschiedenen Färbungen das nothwendige Begleitsymptom der meisten acuten Psychosen bildet, so begreifen wir den Sinn jener alten Lehrmeinung und finden darin den Ausdruck einer an sich richtigen, wenn auch inhaltlich recht unbestimmten klinischen Beobachtung.

Meine Herren! Wenn Sie unter affectiver Melancholie genau nur das Krankheitsbild verstehen wollen, welches ich hier entworfen und auf den hypothetischen Zustand der intrapsychischen Afunction zurückgeführt habe, also bei möglichster Einschränkung der Zahl der Fälle, werden Sie doch die Erfahrung machen, dass sie eine der häufigsten Geisteskrankheiten ist. Begreiflicherweise kann dies Urtheil nur auf ungefährer Schätzung und auf rein persönlicher Erfahrung beruhen, dennoch zweifle ich nicht, dass alle erfahrenen Irrenärzte mir darin beistimmen werden, sobald sie nur sich nicht auf die Statistik der eigentlichen Anstalten beschränken, sondern auch die Erfahrungen der Privatsprechstunde berücksichtigen werden. In der That kommt die grosse Mehrzahl dieser Kranken in die Sprechstunde des Arztes, und nur eine kleine Minderzahl gelangt in die Irrenanstalten, oft sehr beklagenswerther Weise, wie der üble Ausgang erweist. Man wird darin keinen Zufall erblicken können, sondern in dem oft zu wirklicher Krankheitseinsicht gesteigerten Krankheitsgefühl eine natürliche Erklärung dafür finden. So sehr nun die Kranken auch geneigt sind, zuzugestehen, das ihr Gemüth krank ist, so sehr steht andererseits ihre Entschlusslosigkeit im Wege, wenn man ihnen den Rath ertheilt, eine geschlossene Anstalt aufzusuchen. Die Angehörigen hinwiederum sind selten so verständig, dass sie die Nothwendigkeit dieser Maassregel einsehen, da ja das allgemeine Vorurtheil dahin geht, dass nur Verrückte in die Anstalten gehören. So wird jeder Irrenarzt Fälle aufzuweisen

haben, in denen er vergeblich gewarnt hat und sich darauf beschränken musste, den Selbstmord vorauszusagen. Andererseits werde ich bald ausführen, dass eine eigentliche Anstaltsbehandlung unter günstigen Umstände wirklich vermieden werden kann.

Meine Herren! Es sind die eben erwähnten Umstände, nämlich die Häufigkeit der Krankheit, die Gefahr, in der die Kranken immer schweben, die fast sichere Wirkung geeigneter ärztlicher Maassnahmen, welche Ihnen die Wichtigkeit einer richtigen Diagnose der Krankheit recht eindringlich vor Augen stellen müssen. In dieser Beziehung besteht nur eine ernstliche Schwierigkeit, und das ist die Unterscheidung von der grossen Gruppe der Angstpsychosen im Allgemeinen und von den Zuständen hysterischer oder neurasthenischer Angstneurose im Besonderen. Die Differenzialdiagnose zwischen affectiver Melancholie und Angstpsychose beruht wesentlich auf folgenden Erwägungen. Beiden Krankheiten ist in ausgeprägten Fällen eine Vorstellungsgruppe gemeinsam, die der autopsychischen Angstvorstellungen und im Besonderen des Kleinheitswahnes, in beiden wird über Angst geklagt, wenn auch bei der Melancholie nicht so in erster Linie und nicht mit der den meisten Angstpsychosen zukommenden Fluctuation. Dagegen fehlt den Angstpsychosen das subjective Gefühl der Insufficienz, dieses Fundamentalsymptom unserer Krankheit, oder es ist nur andeutungsweise als eine leicht kenntliche Abart des Kleinheitswahnes und somit als autopsychische Angstvorstellung vorhanden. Andererseits fehlt der affectiven Melancholie die für die meisten Fälle von Angstpsychose so charakteristische Gruppe der allopsychischen Angstvorstellungen vollständig. Somit unterscheidet sich jede Krankheit von der anderen durch ein ganz bestimmtes Plus oder Minus von Krankheitssymptomen. Dies muss der principielle Gesichtspunkt sein, der uns zunächst leiten wird. Für die Praxis von nicht minderer Bedeutung ist der Umstand, dass die meisten Fälle von Angstpsychose auch an zahlreichen Phonemen und zwar eines beiden erwähnten Vorstellungsgruppen entsprechenden Inhaltes leiden, während der Melancholiker zur Zeit, wo er den ärztlichen Rath aufsucht, noch keinerlei Sinnestäuschungen hat. Einen weiteren Anhaltspunkt für die Diagnose giebt uns die innere Verwandtschaft von affectiver und depressiver Melancholie, die Andeutung von Verlangsamung im Denken und Sprechen, die gelegentlich auch zu beobachtende Unthätigkeit der Kranken — alles Symptome, welche der Angstpsychose vollständig fremd sind. So gelingt es in den meisten Fällen ohne Schwierigkeit, die Angstpsychose auszuschliessen und dagegen die positiven Symptome der affectiven Melancholie festzustellen.

Viel schwieriger ist es oft, die hysterische oder neurasthenische Angstneurose von der affectiven Melancholie zu unterscheiden. Diese Schwierigkeit ist insofern sehr einleuchtend und in der Sache begründet, als das Gefühl der subjectiven Insufficienz auch bei der Angstneurose ausgeprägt und durch die Anfälle der Angst sogar wirklich begründet sein kann, als ferner das Krankenexamen, das wesentlich auf subjective Krankheitssymptome gerichtet ist, bei den Neurotikern leist suggestiv wirkt und Beschwerden zum Vorschein bringt, die in Wirklichkeit gar nicht bestehen und nur im Augenblicke, unter der Einwirkung des Examens, von dem Kranken geglaubt werden, als endlich das Unglücksgefühl und die intacte formale Denkthätigkeit beiden Krankheiten in gleicher Weise zukommen kann. In solchen Fällen ist hauptsächlich zu beachten, dass die affective Melancholie von Anfang an eine continuirliche Krankheit ist, dass die Angst nur ein Begleitsymptom davon ist und lange nicht so sehr das Krankheitsbild beherrscht, wie bei der Angstneurose. Die Angstneurose dagegen tritt immer in gesonderten Anfällen auf, die Angst ist dabei das Hauptsymptom, Kleinheitswahn und eigentliche Angsvorstellungen, selbst autopsychische, pflegen dabei zu fehlen, und wenn die Idee an Selbstmord gelegentlich auftaucht, so wird sie ganz anders motivirt wie bei dem Melancholiker. Hat man Gelegenheit, einen Angstanfall zu beobachten, so wird man meist auch Athemnoth und das Symptom der Insufficienz der nervi phrenici [1]) dabei antreffen. Häufig ist es auch in den anfallsfreien Zwischenzeiten noch vorhanden. Endlich wird eine sorgfältige Anamnese in den meisten Fällen das vorgängige Bestehen von hysterischen oder neurasthenischen Beschwerden anderer Art aufdecken. Immerhin giebt es gewisse Grenzfälle, in denen die Differenzialdiagnose zwischen affectiver Melancholie und Angstneurose nicht mit Sicherheit gelingt, und besonders ist dies der Fall, wo ein sehr ausgesprochener impulsiver Selbstmordtrieb besteht. Dies sind meist Fälle schwerster erblicher Belastung und neurotischer Degeneration, die sich auch sonst durch ihre Unzugänglichkeit gegen jede Art der ärztlichen Behandlung auszeichnen. In einem mir bekannten Falle der Art gelang es der Patientin, der jungen Frau eines Rechtsanwalts, nachdem sie vergeblich in Anstalten behandelt worden und versuchsweise wieder nach Hause zurückgenommen worden war, sich für einen Augenblick im Closet einzuschliessen, Haare und Kleider mit Petroleum zu tränken und anzuzünden. Ihr Dienstmädchen, das

1) Vgl. Wernicke, Die Insufficienz der nervi phrenici und ihre Behandlung. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 2. Bd. S. 200.

die Kranke nach Kräften überwacht hatte, aber im Augenblicke der That durch die Kinder in Anspruch genommen war, wurde etwa ein Jahr darauf mit der überwerthigen Idee, sich ebenfalls das Leben nehmen zu müssen, in die Klinik aufgenommen, nachdem sie wirklich ins Wasser gegangen war.

Meine Herren! Wie schon oben erwähnt, ist die überwerthige Idee ein gewöhnlicher Bestandtheil des Symptomenbildes der affectiven Melancholie. Ihr Inhalt ist gewöhnlich dem von Meynert sogen. Selbstanklagedelirium entnommen, und ich habe schon erwähnt, dass dasselbe wirkliche Erlebnisse zum Gegenstande haben kann. Deshalb können unter Umständen auch Fälle von circumscripter Autopsychose durch überwerthige Idee eine äusserliche Aehnlichkeit mit der affectiven Melancholie bieten, nämlich immer dann, wenn die überwerthige Idee durch ihren Inhalt denen der affectiven Melancholie nahe steht. So habe ich schon früher Fälle erwähnt, in denen der Selbstmord einer anderen Person, der Verlust von Angehörigen durch Todesfall oder die Erinnerung an ein begangenes Unrecht zur Ausbildung einer überwerthigen Idee geführt hatten, womit naturgemäss ein tiefes Unglücksgefühl und zuweilen auch Angstgefühl und Neigung zum Selbstmord verbunden sein kann. Das Fehlen anderweitiger, für die affective Melancholie charakteristischer Symptome und das Vorhandensein des circumscripten autopsychischen Beziehungswahns in derartigen Fällen schützen dann vor einer Fehldiagnose. Aehnlich verhält es sich mit der Autopsychose durch Zwangsvorstellungen, wenn dieselben, wie nicht selten, durch ihren Inhalt ein Selbstanklagedelirium und den Kleinheitswahn zur Folge haben. So war z. B. in dem oben[1]) kurz berichteten Falle von Zwangsvorstellungen lästerlichen Inhaltes, die sich besonders beim Beten einstellten, das Unglücksgefühl sehr ausgeprägt, das Interesse an den Dingen und Personen abgestumpft, die Kleinheitswahnidee der Verworfenheit und oft auch Angst vorhanden. Trotzdem liess die Entstehungsgeschichte des Leidens und namentlich die genaue Schilderung, die die Kranke von ihren Zwangsvorstellungen machte, eine Verwechslung mit der affectiven Melancholie ausgeschlossen erscheinen.

Meine Herren! Die Behandlung der affectiven Melancholie gehört zu den dankbarsten Aufgaben unseres Gebietes, da sie fast immer zu einem guten Ausgange führt, und auch die Gefahren, die dabei vorkommen, bekannt und deshalb verhältnissmässig leicht zu

---

1) Vgl. S. 333.

vermeiden sind. Immerhin ist dazu in vielen Fällen der Apparat einer wohl eingerichteten Anstalt erforderlich, und Sie werden deshalb in erster Linie ins Auge fassen müssen, sobald Sie die Diagnose gestellt haben, die Kranken einer geeigneten Anstalt zu überweisen. Der erfahrene Fachmann nur wird in der Lage sein, mit Sicherheit zu unterscheiden, ob eine Anstaltsbehandlung entbehrlich ist. Ist Letzteres der Fall, so müssen doch diejenigen Bedingungen hergestellt werden, welche sonst nur eine Anstalt bietet, und diese lassen sich leicht präcisiren. Sie bestehen in der Sorge für absolute körperliche und geistige Ruhe, für Ernährung, Schlaf und unbedingt zuverlässige Ueberwachung. Es ist leicht ersichtlich, dass diese Bedingungen in Privatverhältnissen nur sehr schwer, dagegen in jedem Krankenpensionat verhältnissmässig leicht herzustellen sind. Wenn also die Familie des Kranken — denn der Wille des Kranken selbst kann dabei nicht ausschlaggebend sein — trotz Ihres Rathes eine Anstaltsbehandlung nicht zulässt, so werden Sie wenigstens dahin wirken müssen, dass den eben genannten Anforderungen entsprochen und eine Bettbehandlung und Isolirung des Kranken herbeigeführt wird. Immer werden Sie sich dabei der grossen Verantwortung bewusst bleiben müssen, welche Sie mit einer solchen Behandlung auf sich nehmen.

Das Princip der Behandlung ist übrigens verhältnissmässig einfach und besteht darin, dass man den Kranken Alles erspart, was einen Entschluss erfordert, psychische Gefühle erregt oder ihr Interesse in Anspruch nehmen kann. Alles muss an die Kranken herantreten, als selbstverständlich und zur Behandlung gehörig, und keinerlei Leistung selbstständig von ihnen erwartet werden. So müssen sie gewaschen, gekämmt, zur Sauberkeit angehalten werden, das Essen und Trinken muss ihnen gereicht werden, und mit allen diesen Maassnahmen muss so lange fortgefahren werden, bis die Kranken selbst sie als rein mechanische und gewohnheitsmässige Leistungen empfinden und sich aus eigener Initiative daran betheiligen. Eine Warteperson muss selbstverständlich stets zugegen sein, es aber vermeiden, die Kranken anzureden oder in irgend einer Weise anzuregen. Unter dieser Behandlungsweise pflegt das Unglücksgefühl rasch an Intensität abzunehmen, sie wird von den Kranken bald als äusserst wohlthätig empfunden. Trotzdem kommt es nicht selten vor, dass die Kranken schon nach Ablauf einer verhältnissmässig kurzen Zeit Zeichen von Ungeduld äussern und nach Beschäftigung oder Rückkehr in die Familie verlangen, sei es aus langjähriger Gewöhnung an eine bestimmte Pflichterfüllung, sei es aus Bangig-

keit nach den Angehörigen. Diesem Wunsche darf dann nicht stattgegeben werden, die Phase solcher vorzeitiger Ansprüche lässt dann von selbst nach und macht der Einsicht Platz, dass die Beurtheilung des rechten Zeitpunktes dem Arzte zu überlassen sei. Die Ernährung muss selbstverständlich reichlich und leicht verdaulich sein, zweckmässig werden die Kranken, sobald es angängig ist, an eine Uebererernährung durch häufigen Genuss ganz kleiner Mengen von Milch zwischen den Mahlzeiten gewöhnt. Etwa vorhandene Magenverstimmungen und Störungen der Verdauung erfordern natürlich sorgfältige Berücksichtigung. In der Zeit der Reconvalescenz wird man Klagen über Langeweile und das Bedürfniss nach Beschäftigung durch solche Maassnahmen, welche nur die passive Mitwirkung der Kranken erfordern, wie feuchte Einwickelungen, Abreibungen, Massage, lauwarme Bäder, am besten beschwichtigen und dadurch eine vorzeitige eigene Bethätigung hintanhalten können.

Meine Herren! Dass die Prognose unserer Krankheit im Allgemeinen durchaus günstig ist, habe ich schon wiederholt hervorgehoben. Doch gilt dies natürlich nur für das scharf umgrenzte Krankheitsbild, das wir unter affectiver Melancholie verstehen, und ich muss das um so mehr betonen, als Sie in den meisten und verbreitetsten Lehrbüchern über unser Fach auf eine ganz andere Darstellung treffen werden. Dies kommt zumeist daher, dass Fälle, die unter einander principiell verschieden sind, wie z. B. von Angstpsychose oder sogar noch complicirterer Beschaffenheit, mit der von uns verstandenen affectiven Melancholie zusammengeworfen werden. Selbst in den klinischen Vorlesungen von Meynert, denen wir so viel verdanken, werden Sie auf diese viel zu weite Fassung des Krankheitsbildes stossen. Namentlich verbreitet sind auch die Lehren Kräpelin's, der die Melancholie nach seinem überwiegend ätiologischen Eintheilungsprincipe an zwei ganz verschiedenen Stellen abhandelt, nämlich einmal als die specifische Psychose des „Rückbildungsalters“ oder mit anderen Worten der senilen Involution, welche im Allgemeinen eine zweifelhafte Prognose giebt. In Wirklichkeit werden Sie die Erfahrung machen, dass auch die affective Melancholie des Greisenalters in den meisten Fällen heilt, wenn sie auch im Durchschnitt länger zu dauern und mehr der Gefahr des Recidivs ausgesetzt erscheint, wie die Melancholie des jugendlichen und des Mannesalters. Ausserdem giebt es nach Kräpelin nun noch eine Melancholie, die übrigens enger gefasst ist und unserem Krankheitsbilde näher steht, welche er den constitutionellen Erkrankungen zutheilt und nicht als selbstständige Krank-

heit gelten lässt, sondern als Theilerscheinung einer periodisch recidivirenden, als manisch depressive oder neuerdings als circuläre Psychose aufgefassten Geisteskrankheit. Auch dieser Auffassung, wonach mindestens Recidive der gleichen Krankheit immer zu erwarten sein würden, muss ich nach meinen Erfahrungen durchaus widersprechen. Die affective Melancholie zeigt zwar eine gewisse, aber durchaus nicht erhebliche Neigung zu Recidiven, jedenfalls eine viel weniger ausgesprochene, als viele andere Geisteskrankheiten. Sieht man von der circulären Geisteskrankheit ab, die freilich nicht willkürlich auf Einzelfälle von Melancholie oder Manie ausgedehnt werden darf, wie es Kräpelin thut, so kann die Kräpelin'sche mit so viel Sicherheit vorgetragene Behauptung nur darin eine Erklärung finden, dass er die später noch zu erwähnenden Fälle stellvertretender Melancholie — d. h. Fälle, in denen ein Anfall recidivirender Manie durch eine affective Melancholie vertreten wird — im Auge gehabt hat. Eine recidivirende affective Melancholie, die ähnlich wie die recidivirende Manie in häufigen, rasch auf einander folgenden Anfällen auftritt, kommt allerdings vor, gehört aber zu den grossen Seltenheiten. Die vorgestellte Frau H. ist ein Beispiel davon. Diese Fälle scheinen sämmtlich auch durch ihr rasches Einsetzen und Abklingen eine Sonderstellung gegenüber der grossen Mehrzahl einzunehmen.

Was die Aetiologie der Krankheit betrifft, so ist die Mehrzahl der Fälle, die im jugendlichen Alter auftritt, und zwar überwiegend häufig bei Frauen, von den anderen zu unterscheiden: die erstere Kategorie von Fällen tritt fast ausschliesslich bei erblich schwer belasteten Individuen auf.

Einunddreissigste Vorlesung.

Krankheitsbild der reinen Manie. Nivellirung der Vorstellungen. Verlauf, Unterbrechung durch lichte Zwischenräume. Neigung zu Recidiven. Diagnose. Paralytische Manie. Der paralytische Grössenwahn ohne Manie. Kahlbaum's Progressiva divergens. Combinationen mit Melancholie. Circuläre Geisteskrankheit. Die chronische Manie.

Meine Herren!

Wie das der Erfahrung entlehnte Krankheitsbild der affectiven Melancholie in der Annahme einer intrapsychischen Afunction eine vollständige Erklärung fand, so stossen wir auch, obwohl weniger häufig, auf eine acute Geisteskrankheit, die in allen ihren Symptomen von dem entgegengesetzten Zustande einer intrapsychischen Hyperfunction abgeleitet werden kann. Wie nennen sie Manie und haben in der jüngst vorgestellten Kranken Pr. ein Beispiel davon. Fassen wir nun die einzelnen Krankheitserscheinungen näher ins Auge.

Die krankhafte Erleichterung und Beschleunigung der Gedankenthätigkeit, welche dem Begriff der intrapsychischen Hyperfunction entspricht, äussert sich zunächst als Ideenflucht. Sie ist nicht etwa nur ein rascherer Ablauf der zwischen A und Z ausgespannten Gedankenkette; denn ein solcher würde uns nicht als krankhaft erscheinen und eher eine erwünschte Steigerung der psychischen Leistungsfähigkeit bedeuten. Beruht doch der Vorzug geistiger Begabung oder gar des Genies wesentlich gerade in dem ungewöhnlich raschen und in derselben Zeiteinheit umfassenderen Denken, als es der Mittelmässigkeit zu Gebote steht. Der Witz, die Schlagfertigkeit, die Geistesgegenwart, die Vielseitigkeit der Interessen und andere geschätzte Eigenschaften hervorragender Menschen leiten sich eben daher. Die krankhafte Erleichterung der Associationsthätigkeit bringt vielmehr den Uebelstand mit sich, dass der

Gedankengang nicht mehr streng abgeschlossen ist, wie er der Norm entspricht und durch die ausgeschliffene Bahn A Z dargestellt wird, sondern dass jedes Glied der zwischen A und Z ausgespannten Associationskette den Ausgangspunkt von Gedankensprüngen abgeben kann, die den normaler Weise unterdrückten Nebenassociationen entsprechen. Dass der streng geschlossene Gedankengang ein Resultat der Uebung und Abrichtung, also functioneller Erwerb ist, habe ich in meiner Einleitung entwickelt. Im Allgemeinen bedarf es aber, wo irgend complicirtere Gedankengänge abgewandelt werden, einer gewissen Selbstbeherrschung oder Sammlung, um alle die die Hauptassociation störenden Nebenassociationen zu unterdrücken. So lange diese Eigenschaft besonnener Sammlung nicht verloren gegangen ist, kann das Anklingen der Nebenassociationen sogar in verstärktem Maasse stattfinden, und doch die Hauptassociation dabei festgehalten werden. Namentlich bei streng geschulten Geistern wird diese Möglichkeit vorliegen. Daraus erfolgt eine grössere Reichhaltigkeit an Gedanken, ein Zustand gesteigerter Productivität und eventuell wirklich gesteigerter Leistungsfähigkeit, wie er in den ersten Anfängen des hier zu schildernden Krankheitszustandes thatsächlich bisweilen beobachtet wird. Namentlich dem homo tardus, dem an sich gedankenträgen und wenig productiven Individuum, kann auf diese Weise für eine kurze Zeit eine vortheilhafte Veränderung der ganzen Persönlichkeit aufgeprägt werden. Wir könnten dann von geordneter Ideenflucht sprechen.

Gewöhnlich aber setzt die Ideenflucht die Leistungsfähigkeit des befallenen Inviduums dadurch herab, dass sie ihn der Fähigkeit beraubt oder darin beschränkt, die Hauptassociation festzuhalten. Die Ideenflucht wird ungeordnet. Damit geht auch das besonnene Urtheil über die eigene Leistungsfähigkeit verloren, und es entwickelt sich vielmehr das Gefühl gesteigerter Leistungsfähigkeit, das Gegenstück zu dem subjectiven Insufficienzgefühl der Melancholiker. Wie letzteres das Unglücksgefühl zur Folge hatte, so kommt es hier zum Glücksgefühl oder der krankhaften Euphorie. Voraussetzung dafür ist aber auch hier wieder eine gewisse Höhe der psychischen Leistung, welche es ermöglicht, dass eine Selbstwahrnehmung der veränderten Persönlichkeit zu Stande kommt, eine autopsychische Parästhesie in dem oben gekennzeichneten Sinne. Der das Krankheitsbild beherrschende Affect der krankhaften Euphorie bietet daher häufig auch Uebergänge zu autopsychischer Rathlosigkeit. Der Kranke kann noch, wenigstens auf Augenblicke, fixirt und dadurch festgestellt werden, dass ein geschlossener Gedankengang bei Anspannung der Aufmerk-

samkeit und nicht zu schwierigen Anforderungen noch möglich ist. Geht die Störung über diesen Grad hinaus, so wird die Ideenflucht nicht nur ungeordnet, sondern incohärent, es resultirt ein zusammenhangsloses Gefasele, wodurch auch die Möglichkeit eines kräftigen Affectes aufgehoben wird. Dieser schwere Grad von Ideenflucht, der Gegensatz zur depressiven Melancholie, ein Zustand von Verworrenheit ohne bestimmte herrschende Affectlage, die „ideenflüchtige Verwirrtheit“ der Autoren, wird uns bei der „verworrenen Manie“ wieder begegnen. Es ist eine gesteigerte Manie, ein Krankheitsbild, das über die „affective“ Manie hinausgeht. Die Berechtigung, diese Unterscheidung zu machen, die ebenso sehr unserer theoretischen Ableitung als dem praktischen Bedürfniss entspricht, wird dadurch dargethan, dass wir bei der Manie den Uebergang des einen Zustandes in den anderen häufig beobachten können. Dieser Zusammenhang ist hier viel sicherer gestellt als bei der Melancholie, wo ich Sie darauf hinweisen musste, dass die depressive Form als Symptomenbild unabhängig von der affectiven Form sei und eine selbstständige Betrachtung erforderte. Aber auch die Manie beschränkt sich nicht selten auf den leichteren, nicht bis zur Incohärenz gesteigerten Grad, und im Folgenden werde ich immer nur diesen im Sinne haben, wenn ich von Manie schlechtweg rede. Die verworrene Manie soll eine besondere Berücksichtigung finden.

Mit dem Symptom der krankhaften Euphorie stehen gewisse andere Erscheinungen in innerem Zusammenhange. So das gesteigerte Selbstgefühl, welches sich in einem anspruchsvollen Auftreten, einem herrischen Wesen, dem Bewusstsein des besser Wissens und Verstehens äussert. Es entspricht dem gleichen Grade der intrapsychischen Hyperkinese, welcher der Akinese der affectiven Melancholie zukommt. In der That kommt dem Maniacus Alles ebenso zu leicht, wie dem Melancholicus zu schwer vor. Die autopsychische Desorientirung nimmt die Gestalt des Grössenwahns an: der Kranke legt sich Eigenschaften, Besitz, Aemter und Functionen bei, die der Wirklichkeit nicht entsprechen; doch bleiben die Aeusserungen dieses Grössenwahns meist innerhalb gewisser, der Möglichkeit nicht zu fern stehender Grenzen, oder sie werden nur bedingungsweise geäussert als Aussichten und sichere Erwartungen, oder in einer ironisirenden Weise vorgebracht, als ob der Kranke nur scherzte und einem etwas aufbinden wollte. Nicht selten kommt es jedoch auch zu excessiven und selbst phantastischen Grössenideen, aber doch nur sporadisch auftauchend, von einem Tage zum anderen wechselnd, niemals sich fixirend.

Der krankhaften Euphorie ist bisweilen dauernd eine Neigung zur Zornmüthigkeit beigemischt. Andere Male wird sie durch zornmüthige Affecte unterbrochen. Beides ist dadurch verständlich, dass sich dem anspruchsvollen, rechthaberischen und herrischen Wesen dieser Kranken naturgemäss Widerstände darbieten, die ihren Zorn herausfordern. Wo der zornmüthige Affect sich dauernd etablirt, scheint dies meist entweder durch körperliches Uebelbefinden oder durch lange fortgesetzte unzweckmässige Behandlung von Seiten der Umgebung bedingt zu sein.

Die Steigerung der Associationsthätigkeit führt weiterhin zwei andere Folgeerscheinungen mit sich, die wieder den Gegensatz zur Melancholie hervortreten lassen. Das Interesse der Kranken an allen Vorgängen, denen sie beiwohnen, ihre Bereitschaft, äusseren Anregungen zu folgen, ist gesteigert. Aus der gesteigerten Gedankenthätigkeit erwächst gewissermaassen das Bedürfniss, Anregungen zu erhalten. Diese geistige Disposition kann mit der Hypermetamorphose verwechselt werden, ist aber doch total von ihr verschieden, wie später noch ersichtlich werden wird. Aehnlich verhält es sich mit der zweiten Folgeerscheinung, der gesteigerten Fähigkeit der Entschliessung und Neigung, den Entschluss in Handlungen umzusetzen. Unternehmungslust, Thatendrang, Einmischung in fremde Angelegenheiten ist davon die Folge. Auf der Krankenstation genügt die Vereinigung dieser beiden Eigenschaften, um die grössten Störungen hervorzurufen.

Nicht minder störend werden die Kranken durch zwei weitere Symptome, welche ganz in das Bereich der intrapsychischen Hyperkinese fallen, dem Thätigkeitsdrang und dem Rededrang. Mit dem Worte Thätigkeitsdrang ist schon ausgedrückt, dass das sonst ganz allgemein als Bewegungsdrang unterschiedene Symptom der Hyperkinese hier einen besonderen Inhalt hat, nämlich den des Thatendranges oder besser vielleicht noch des Bethätigungsdranges, d. h. mit anderen Worten des Dranges zu handeln vielmehr als nur sich einfach zu bewegen. Die Hyperkinese betrifft also überwiegend derartige complicirtere Initiativbewegungen. Dieser Drang hängt mit der gesteigerten Raschheit und Bereitschaft zu Entschliessungen und dem gesteigerten Interesse an den Dingen zusammen und veranlasst die Kranken, allerlei Unfug zu treiben, mit den Geräthstücken umherzuwerfen, Nahrungsmittel umzuschütten, das Bettzeug durch einander zu werfen, die Verrichtungen des Wartepersonals zu übernehmen, die Kranken und das Wartepersonal bei passenden und unpassenden Gelegenheiten zurecht zu weisen oder auch thätlich anzugreifen. In allen schwereren Fällen artet dieser Bethätigungstrieb noch weiter aus,

die Kranken demoliren, was nicht niet- und nagelfest ist, zerreissen Bettzeug und Wäsche, bemalen die Wände mit improvisirten Färbemitteln, wobei sie auch den eigenen Koth und Urin nicht verschmähen, oder, je nach der Individualität, schreiben, dichten, zeichnen und verbrauchen auf diese Weise Unmengen von Papier. Abgesehen davon haben die Bewegungen der Kranken meist die Bedeutung von Expressivbewegungen zum Ausdruck ihrer gehobenen, freudigen und ausgelassenen oder jeweilig zornmüthigen Stimmung: sie tanzen, hüpfen, springen, lachen, schneiden Gesichter, machen scherzweise und im Ernst drohende und feindliche Geberden u. dergl. mehr. Viele Beobachtungen nöthigen zu der Auffassung, dass die motorische Kraft und Geschicklichkeit der Kranken thatsächlich gesteigert sein kann; jedenfalls sind ihre Leistungen an Kraft und Geschicklichkeit oft ganz erstaunlich.

Der Rededrang scheint ein nie fehlendes Symptom der intrapsychischen Hyperfunction zu sein, entsprechend der Erfahrung, dass geistige Production immer auch zur Mittheilung drängt. Um wie vielmehr muss dieses bei der ausgelassenen heiteren Verstimmung dieser Kranken der Fall sein! Nur wo die zornmüthige Färbung vorwiegt, fehlt er zeitweilig, aus psychologisch wohl verständlichen Motiven. Der Inhalt des Rededranges verräth immer die gesteigerte Productivität, wenn diese auch je nach der Individualität von sehr verschiedener Qualität sein kann. Da der Affect ein Erheben der Stimme begünstigt, kann man sich leicht denken, wie laut und störend auch durch den Rededrang diese Art von Kranken werden kann.

Meine Herren! Ich komme nun zur Besprechung eines wichtigen Symptomes, dessen Ableitung aus allgemeiner intrapsychischer Hyperfunction nicht ohne Weiteres verständlich ist, das aber bei der Manie constant vorkommt und das besondere Interesse für uns hat, dass ein inhaltlich entgegengesetztes Symptom die Melancholie begleitet. Es beruht auf der Nivellirung der normaler Weise überwerthigen Vorstellungsgruppen. Die maniacalisch Kranken scheinen sämmtlich auch an ihrem Charakter Schaden zu leiden. Keinem derartigen Kranken wird es je einfallen, Mitleid mit anderen Kranken zu äussern, wenn dieselben auch noch so sehr das Mitleid herausfordern. Ganz im Gegentheil beklagt er sich nur über die Störung, die er etwa dadurch erfährt, und erwidert jede Belästigung durch Schläge. Eine gewisse Brutalität, ein rücksichtsloser Egoismus macht sich auf diese Weise geltend. Der Maniacus lügt, betrügt, stiehlt auch wohl ohne alle Bedenken. Er nimmt für sich in Anspruch, dass ihm Alles erlaubt sei, was er bei Anderen durchaus verurtheilt.

Die Aeusserungen des Geschlechtstriebes, der meist gesteigert ist, geschehen ebenfalls in rücksichtsloser und schamloser Weise. Keine Maniaca, und wäre sie auch vorher das unschuldigste und züchtigste Mädchen gewesen, hält mit ihren Ansichten und Kenntnissen darüber zurück. Ebenso habe ich noch nie eine Maniaca gesehen, die den Besuch des Arztes im Bade auffällig gefunden hätte, und bekannt ist die Neigung dieser Kranken, sich zu entkleiden und Unfläthigkeiten zu sprechen. Bei jeder klinischen Vorstellung, wenn sie auch noch so mächtig auf die Kranken einwirkt und sie zur Selbstbeherrschung anregt, fällt doch das freie, ungezwungene, für ein Mädchen durchaus unpassende Benehmen und die Ausdrucksweise dieser Kranken ohne Commentare als krankhaft auf. Kein Offizier, der maniacalisch erkrankt ist, nimmt Anstand, sein Ehrenwort nicht einmal, sondern zehnmal zu brechen. Alle Ansichten über diese Dinge, wenn sie auch vorher den Inbegriff der heiligsten Gefühle ausmachten, sind von Grund aus ins Cynische verändert. Es fehlt auch nicht an ausführlichen Aeusserungen, womit die Kranken ihre Ueberzeugungstreue, Verachtung aller Rücksichten auf Familie, Religion, Ehre, Vaterland u. dergl. mehr bekunden. Wir fassen diese ganz gesetzmässig vorkommende Charakteränderung so auf, dass auch hier die Normalwerthigkeit der Vorstellungen gelitten hat. Während dies aber bei der Melancholie nach der Richtung geschehen war, dass ein bestimmter enger Vorstellungskreis überwerthig und allein herrschend geworden war, beobachten wir bei der Manie eine Herabdrückung und Nivellirung der normaler Weise überwerthigen, für Gesinnung und Handeln maassgebenden Vorstellungsgebiete, welche eben den Charakter jedes Menschen bestimmen. Dass diese Nivellirung der Vorstellungen bei Menschen, deren Charakter schon vorher zu wünschen übrig liess, ganz besonders unschön hervortreten muss und ihnen noch schärfer als anderen Kranken das Gepräge der Gemeinheit aufdrücken muss, kann erwartet und durch die klinische Beobachtung bestätigt werden.

Die *Nivellirung der Vorstellungen*, eines der wichtigsten Symptome der Manie, wird uns verständlich, wenn wir die intrapsychische Hyperfunction als eine allgemeine Steigerung der Erregbarkeit der intrapsychischen Bahnen auffassen, die normaler Weise überwerthigen Ideen dagegen durch die physiologisch gegebene (functionell erworbene) Steigerung der Erregbarkeit in bestimmten, ausgewählten Bahnen erklären. Eine allgemeine Steigerung der Erregbarkeit kann dann leicht dazu führen, dass der die Ueberwerthigkeit bestimmter Bahnen bedingende Unterschied in der Erregbarkeit aufhört, eine Auffassung,

die auch geeignet ist, die Erscheinung der Ideenflucht und die Störung des geschlossenen Gedankenganges zu erklären.

Meine Herren! Das klinische Bild der reinen Manie ist damit vollständig entworfen. Nur ein untergeordneter Punkt soll noch ausdrücklich Erwähnung finden, nämlich das gelegentliche Auftreten von Phonemen, die dann nur die sinnliche Fassung der Grössenideen zu sein scheinen. Sie sind gewöhnlich nur vereinzelt und im Höhestadium der Krankheit vorhanden und bestehen in Wörtern wie „Prophet", „Hohenzoller" oder auch gar „Herrgott" u. dergl. Reichliche Hallucinationen auf verschiedenen Sinnesgebieten kommen nur bei der verworrenen Manie vor, wovon später.

Sehr auffällig und von allen anderen acuten Geisteskrankheiten abweichend ist das verhältnissmässig ungestörte Allgemeinbefinden der meisten frischen Fälle von Manie. Erst die längere Dauer der mit Vergeudung von Muskelkraft verbundenen Krankheit führt zu objectiv sichtlicher Abnahme der Kräfte und schwererer Beeinträchtigung der Ernährung. Zum Theil müssen wir diese Erscheinung auf den günstigen Einfluss, den eine gehobene Stimmung auch normaler Weise auf die Ernährung zu üben pflegt, zurückführen. Die einzige Schädlichkeit, die dem entgegenwirkt, ist die Schlaflosigkeit oder mindestens das verringerte Schlafbedürfniss dieser Kranken; denn der Appetit pflegt gesteigert, der Stoffwechsel und die Circulation nur in günstigem Sinne beeinflusst zu sein. Wieder finden wir hier einen diametralen Gegensatz zur affectiven Melancholie, bei welcher gastrische und Verdauungsstörungen, sowie das Darniederliegen der Circulation bekannte und häufige Erscheinungen sind. Am frappantesten zeigt sich dieser Gegensatz in Fällen von circulärer Psychose, wo der Umschlag des einen Krankheitsbildes in das andere sich in Tagen, ja zuweilen selbst innerhalb von Stunden vollziehen kann.

Die Manie ist gewöhnlich eine acut hereinbrechende und sich rasch steigernde Krankheit. Sie verharrt dann einige Wochen, mitunter auch Monate auf einer gewissen Krankheitshöhe und fällt dann im Allgemeinen viel langsamer, als der Anstieg war, wieder ab. Sie ist die heilbarste aller Geisteskrankheiten, aber dabei nicht ohne Gefahr. Erwähnung verdient hier die nicht gerade seltene Neigung zum Selbstmord, die in überwältigenden Momenten autopsychischer Rathlosigkeit, die auch von Angst begleitet sein können, ihr Motiv und in der Raschheit der Entschliessung und einer vor nichts zurückschreckenden Energie die Erleichterung der Ausführung findet. Schwere selbst beigebrachte Dolchverletzungen in der Herzgegend habe ich bei Maniacis wiederholt angetroffen.

Der Verlauf der Manie wird nicht selten von sogenannten lichten Zwischenräumen, lucidis intervallis, unterbrochen, welche auf kurze Zeit das Eintreten der Genesung vortäuschen können. Meist ist dabei der rasche Uebergang in anscheinende Gesundheit auffallend, ein solcher muss immer den Verdacht auf eine baldige Wiederkehr der Krankheitssymptome erwecken. Die lichten Zwischenräume dauern bald nur Stunden, bald einige Tage und können sich im Laufe einer Krankheit mehrfach wiederholen. Gewöhnlich werden sie von einem Zustand der Müdigkeit und Erschöpfung, bedingt durch die vorhergegangene Unruhe, begleitet. Auch ein Zustand tiefer moralischer Depression kann statt dessen Platz greifen und dies besonders in den selteneren Fällen, in denen das Intervall mit voller Krankheitseinsicht verbunden ist. Die Scham über das Verhalten zur Zeit der Krankheit kann dann ebenfalls Motiv zum Selbstmord werden.

Meine Herren! Die Diagnose der Manie in dem eng begrenzten Sinne, den ich mit dieser Krankheit verknüpfte, ist leicht zu stellen. Wo Sie die oben geschilderten, einer intrapsychischen Hyperfunction entsprechenden Symptome vereinigt finden, kann man zunächst einen maniacalischen Zustand diagnosticiren. Finden Sie ausschliesslich diese Symptome und keine ausserdem, so handelt es sich mit Sicherheit um eine reine Manie. Wie Sie sehen, ist es überwiegend eine formale Störung, die hierbei besteht, von einer Wahnbildung ist nur so weit die Rede, als das subjective Gefühl der gesteigerten Leistungsfähigkeit von Anfang an dem Grössenwahn verwandt ist und im Verlauf der Krankheit gelegentlich zu eigentlichen Grössenwahnideen führt. In frischen Fällen, bei denen es gerade auf Ihren Rath und Ihr Urtheil ankommen wird, wird auch ein eigentlicher Grössenwahn kaum anzutreffen sein. Es giebt jedoch in dieser Hinsicht eine Ausnahme, und auf diese will ich etwas ausführlicher eingehen. Sie hängt mit der Frage der Aetiologie zusammen. Im Allgemeinen ist die reine Manie ebenso wie die affective Melancholie, vielleicht aber noch in höherem Grade denjenigen Psychosen zuzuzählen, die überwiegend häufig auf den Boden der erblichen Belastung und neurotischen Degeneration zu entstehen pflegen. Dies gilt besonders für die Manie des jugendlicheren Alters, zuweilen aber auch der späteren Decennien. Immer aber wird man in dem letzteren Falle zunächst an eine andere Aetiologie denken müssen, nämlich die paralytische. Die paralytische Manie ist eine verhältnissmässig häufige Krankheit, meist allerdings mit Kennzeichen versehen, die von vornherein die Diagnose sichern. Diese Kennzeichen sind Ihnen so

bekannt, dass ich sie hier nur kurz zu repacituliren brauche, es sind namentlich Symptome von Seiten des Projectionssystems und die schon zeitig kenntliche Demenz, hauptsächlich aber eine Beeinträchtigung der Merkfähigkeit. Es giebt nun aber nicht allzu selten Fälle, in denen auch jede Andeutung derartiger Symptome vermisst wird, und die dennoch als paralytische Manie aufzufassen sind. Diese Fälle entsprechen im Uebrigen durchaus dem oben gezeichneten Bilde der reinen Manie, sie sind es aber, in denen von vornherein ein Grössenwahn deutlicher zu Tage tritt. Auch dieser Grössenwahn hat seine besonderen Kennzeichen, denn er gehört durchaus in die Kategorie des phantastischen oder dementen Grössenwahns, welcher gerade der progressiven Paralyse specifisch zu eigen ist. So glaubte ein fachmännisches Mitglied einer Eisenbahndirection eine Epoche machende, das Problem einer centralen Weichenstellung betreffende Entdeckung gemacht zu haben, von welcher er selbst nach seiner Genesung zugab, dass sie nur eine ganz unwesentliche Veränderung allerwärts üblicher Einrichtungen bedeutete. Weiterhin sprach er die Ueberzeugung aus, dass er ohne Schwierigkeiten eine zweite Frau zu seiner schon vorhandenen heirathen könnte. Dabei arteten Ideenflucht und Rededrang nur selten über das Maass der geordneten Ideenflucht aus. Zu seiner Wiederherstellung genügte eine achtwöchentliche Bettbehandlung in einem Krankenpensionat und darauf folgende Urlaubsreise. Erst zwei Jahre später, nachdem der Kranke ununterbrochen in verantwortlicher Stellung thätig gewesen war, trat ein Recidiv mit diesmal bei Weitem phantastischeren Grössenideen und rascherem Fortschritt zu verworrener Manie auf, und erst in diesem Stadium machten sich Symptome von Seiten des Projectionssystems bemerklich. Ich brauche nicht zu versichern, dass auf Verminderung der Merkfähigkeit und anderweitige Symptome von Demenz sorgfältig untersucht worden war, ohne dass etwas zu finden war. Nur der glatte, wenig belebte Gesichtsausdruck konnte in dieser Hinsicht Zweifel erwecken. Der weitere Verlauf bestätigte dann in unzweideutiger Weise die Diagnose. Beispiele von ähnlichem Verlauf sind mir mehrfach vorgekommen.[1])

Bei dieser Gelegenheit möchte ich betonen, dass es auch Fälle derartigen phantastischen Grössenwahns acuter Entstehung ohne Manie giebt, Fälle, die ebenfalls zunächst frei von irgend welchen Defectsymptomen oder von Symptomen einer Betheiligung des Projectionssystems sein können und dennoch später sich als paralytisch er-

1) Ein Beispiel von paralytischer Manie ist Fall 8 der „Krankenvorstellungen“ Heft 2.

weisen, eine von den meisten Fachgenossen wohl schon anerkannte sogen. paranoische Form der progressiven Paralyse[1]). In unserem Sinne nehmen wir sie als acute expansive Autopsychose von specifisch paralytischer Aetiologie in Anspruch. Da hierbei eine eigentliche Manie nicht nachweisbar ist, so entfällt auch jede Schwierigkeit für die Diagnose. Im Gegensatz dazu erinnere ich an die schon von Kahlbaum aufgestellte Form der Progressiva divergens[2]), welche in ihrem ganzen Verlauf neben dem rasch ins Ungemessene anwachsenden phantastischen Grössenwahn auch die Symptome der reinen Manie bieten kann, aber niemals zu Lähmungen oder geistigem Verfall führt. Doch sind dies allerseltenste Fälle, von denen mir in meiner ganzen doch recht umfänglichen Erfahrung nur ein einziger ganz sicher gestellter begegnet ist.

Meine Herren! Für die Praxis mögen Sie aus diesen Bemerkungen die Lehre ziehen, dass es immer ein Plus von Erscheinungen ist, welches den Ausschlag dafür giebt, ob ein Krankheitsfall zur reinen Manie gehört oder nicht. Es bedarf keiner besonderen Erwähnung, dass alle weitergehenden, inhaltlichen Störungen die Diagnose der Manie ausschliessen. Auch eigentlich motorische Symptome, d. h. hyperkinetische im engeren Sinne (vgl. unser Schema), haben dieselbe Bedeutung. Ausserdem ist besonders noch auf das Symptom der Hypermetamorphose hinzuweisen, welches ebenfalls die reine Manie ausschliesst, dagegen bei der verworrenen Manie häufig anzutreffen ist, wie wir noch sehen werden.

Meine Herren! Dass ausser der reinen Manie maniakalische Zustände mannigfacher Art vorkommen und ganz anders zu beurtheilen sind, habe ich schon angedeutet. Es sind entweder maniakalische Phasen zusammengesetzter, in Stadien verlaufender Psychosen oder Combinationen von zwei oder mehr Grundformen unter einander. Von letzterer Art ist das Krankheitsbild der sogen. zornmüthigen Manie hier vorläufig zu erwähnen. Auf alle diese Combinationen komme ich später noch zurück.

Merkwürdig ist das Verhältniss der reinen Manie zur Melancholie. Diese beiden Krankheiten zeigen eine innere Verwandtschaft, indem sie sich in folgenden drei Verhältnissen mit einander combiniren.

1) Ein leichter Grad der einen Krankheit pflegt ganz gewöhnlich in der Reconvalescenz der anderen einzutreten und sie abzu-

---

1) Vgl. Fall 12 ibidem.

2) Die Divergenz hat hier den bildlichen Sinn der fortschreitenden Desorientirung oder Entfremdung von der Wirklichkeit.

schliessen. Die Dauer dieses Umschlages, welcher oft erst eintritt, nachdem das Verhalten der Kranken schon anscheinend normal geworden war, beträgt bald nur einige Tage, bald einige Wochen.

2) Die Manie ist diejenige Krankheit, welche von allen Psychosen am allermeisten zu Rückfällen neigt. Zwischen den einzelnen Anfällen vergehen gewöhnlich zuerst Jahre, später verkürzt sich das Intervall, so dass schliesslich die Zeit der Krankheit die der Gesundheit überwiegen kann. Etwas Aehnliches wird, aber nur sehr selten, bei der Melancholie beobachtet. Die klinische Erfahrung lehrt nun, dass vereinzelt ein Rückfall der Manie durch eine Melancholie ersetzt wird, die übrigens dann der besseren Prognose der Manie theilhaftig wird, und dass dasselbe Verhältniss auch umgekehrt eintreten kann. Das ist die schon oben[1]) erwähnte stellvertretende Melancholie.

3) Endlich kommt ziemlich häufig eine Combination beider Krankheiten in der Art vor, dass immer die eine die andere ablöst. Geschieden werden sie durch einen Zwischenraum von anscheinender Gesundheit, der bald Tage und selbst Wochen betragen kann, bald auch nur sehr kurz ist und selbst der Beobachtung entgehen kann. Diese Krankheit ist unter dem Namen der circulären Geisteskrankheit oder folie à double forme lange bekannt[2]) und durch ihre üble Prognose berüchtigt. In der That scheinen die ausgeprägten Fälle absolut unheilbar zu sein.

Man muss jedoch beachten, dass ein einmaliger Turnus der Art ziemlich häufig vorkommt, ohne zu der üblen Prognose zu berechtigen. Wahrscheinlich handelt es sich hierbei um eine Abart des unter 1) geschilderten Verhältnisses. Ferner ist zu bemerken, dass es häufig die allerleichtesten Grade beider Krankheiten sind, die bisweilen gar nicht, häufiger nur zeitweilig die Societätsfähigkeit der befallenen Individuen beeinträchtigen. Mir sind Beispiele der Art bekannt, welche in einer verantwortlichen beruflichen Thätigkeit niemals behindert worden sind, während andere nur genöthigt waren, in der Zeit des grössten Rededranges eine Anstalt aufzusuchen. Hinsichtlich der Prognose ist ferner zu bemerken, dass niemals Blödsinn aus der circulären Geistesstörung[3]) hervorgeht; die

1) Vgl. S. 357.

2) seit Falret und Baillarger 1854.

3) in dem engen Sinne, wonach sie aus abwechselnden Phasen von affectiver Melancholie und reiner Manie besteht. Diese Fälle sind jedoch verhältnissmässig selten. Im weiteren Sinne umfasst die circuläre Geisteskrankheit alle Psychosen, welche ein regelrechtes Alterniren von maniacalischen und melancholischen Zuständen aufweisen. Vgl. Fall 5 Heft 1 und Fall 15 Heft 2 der „Krankenvorstellungen“.

Anfälle pflegen stets in der gleichen Weise aufzutreten, ob nun die Krankheit zwei oder zwanzig Jahre bestanden haben möge. Die Dauer der einzelnen Anfälle ist verschieden, im Durchschnitt beträgt sie einige Monate. Es dürfte eine besondere Eigenthümlichkeit der circulären Psychose sein, dass ihre einzelnen Phasen sich rascher entwickeln und besonders viel rascher abklingen, als dies bei der Melancholie oder Manie allein der Fall ist. Die Dauer der maniakalischen oder melancholischen Phase braucht nicht immer gleich zu sein. Auf das Verhalten des Körpergewichtes bei dieser Krankheit, welches von L. Meyer[1]) als charakteristisch angesehen wurde, komme ich noch später zurück.

Während die circuläre Geisteskrankheit im engeren Sinne immer die gleiche reine Form der Melancholie und Manie entwickelt, trifft dies für die recidivirende Manie nicht zu. Für diese gilt vielmehr ganz allgemein die Erfahrung, dass sie sich mehr und mehr in das schwerere Krankheitsbild der verworrenen Manie umwandelt, und dass auch diesem zuweilen noch neue fremdartige Elemente beigemischt werden.

Auch sonst ist von der Manie zu bemerken, dass sie bei einigermaassen längerer Dauer nur selten rein bleibt, sondern dass sich zur Zeit der Krankheitshöhe leicht ein Zustand der Verwirrtheit etabliert, der in günstigen Fällen rein ideenflüchtig begründet ist, in schwereren Fällen noch andere Elemente beigemischt erhält.

Die Behandlung der Manie ist im Allgemeinen nur innerhalb einer Irrenanstalt möglich.

Abgesehen von der acuten Manie giebt es ein eigenes Krankheitsbild, welches den Namen der chronischen Manie verdient. Ueber seine Entstehung weiss ich nichts Sicheres auszusagen, nur das Eine scheint mir fest zu stehen, dass eine acute, reine Manie niemals zu einer chronischen Manie wird. Auch die schliesslich die freien Zwischenzeiten überwiegenden Anfälle der recidivirenden Manie werden nicht etwa zu einer chronischen Manie, wenigstens nicht in der engen Fassung des Wortes, die ich allein vertreten kann. Die chronische Manie hat alle wesentlichen Kennzeichen der acuten Manie, nur so modificirt, wie es die Bedingungen eines chronischen, stabilen Zustandes mit sich bringen. Die Ideenflucht hält sich demgemäss in mässigen Grenzen und steht noch unter dem Einfluss einer gewissen Besonnenheit und Selbstbeherrschung. Demgemäss ist die heitere Verstimmung wenig ausgeprägt, kommt aber doch gelegent-

1) Arch. f. Psych. 4. Bd. S. 139.

lich zum Durchbruch. Dagegen wird durch die unausbleiblichen Collisionen mit der Societät eine zornmüthige Stimmungslage unterhalten. Das gesteigerte Selbstgefühl, das sich nicht bis zu eigentlichem Grössenwahn erhebt, ist doch sehr merklich und verleiht den betreffenden Individuen eine Sicherheit des Auftretens, welche ihnen im Verein mit der unleugbar vorhandenen geistigen Productivität ihr Fortkommen erleichtert. Dabei schaffen sie sich selbst fortwährend allerlei Schwierigkeiten und Collisionen durch die Nichtachtung aller derjenigen Normen und Rücksichten, welche ihnen durch Sitte und Gesetz auferlegt werden. Sie nehmen keinerlei und beanspruchen die grösste Rücksicht. Eine formale Denkstörung braucht bei diesem Zustande auch nicht andeutungsweise vorhanden zu sein. In einem Falle der Art war eine mehrjährige schwere Psychose vorangegangen, worüber nähere Nachrichten nicht zu erhalten waren, die aber sicher keine reine Manie war. Der Kranke ermangelte jeder Krankheitseinsicht dafür, und es war wohl gerechtfertigt, seinen eben geschilderten Zustand als Heilung mit Defect, oder, wenn man daran Anstoss nimmt, als einen durch eine Psychose erworbenen Defectzustand aufzufassen.

Zweiunddreissigste Vorlesung.

Krankenvorstellungen einer puerperalen und einer menstruell bedingten hyperkinetischen Motilitätspsychose. Pseudospontane Bewegungen. Eigenartigkeit der Bewegungen, Fehlen des Rededranges dabei. Psychomotorischer Rededrang. Schilderung eines Falles von jactatoidem Bewegungsdrang. Verbigeriren beim Rededrang. Choreatischer Bewegungsdrang. Impulsive Handlungen. Rathlose Bewegungsunruhe. Hypermetamorphotischer Bwegungsdrang. Periodisch recidivirender Verlauf der Krankheit. Prognose und Behandlung.

Meine Herren!

Die Patientin, die Sie vor sich sehen, sieht hinfällig, bleich, erschöpft aus. In der That hat sie einen über vier Wochen dauernden schweren Erregungszustand durchgemacht, einen Zustand, in dem sie einen Ueberschuss von Bewegungen producirt hat, der es wohl erklärlich macht, dass ihre Kräfte consumirt worden sind. Ziemlich überraschend ist seit gestern ein Umschwung eingetreten, nachdem sie noch den Tag vorher in fortwährender Bewegung gewesen war, meist theatralisch-pathetischen Expressivbewegungen, und fast ununterbrochen dazu gesungen hatte. Dieses Singen geschah allerdings in sehr auffälliger Weise: es war begleitet von einem schnellschlägigen Zittern der Unterlippe und des ganzen Unterkiefers, einer Bewegung, ähnlich der des Zähneklapperns, aber ohne Aufeinanderschlagen der Zahnreihen, und die Stimme erhielt dadurch einen regelmässig tremolirenden Charakter, der an manche Leierkastenproductionen erinnerte, um so mehr, als nur die Töne ohne begleitende Worte gesungen wurden. Ein offenbar frei erfundener, getragener Kirchengesang, fast immer in sehr hoher Lage, von gleich bleibender, ruhiger Tactbewegung.

Dieses Singen, das bei dem verstörten, rathlosen, unglücklichen Gesichtsausdruck der Patientin einen zwangsmässigen Eindruck machte, verhinderte auch die Nahrungsaufnahme und hörte erst des Abends auf, als in Folge einer Hyoscin-Morphiumeinspritzung ein mehrstündiger Schlaf eintrat.

Ueberzeugen Sie sich zunächst von dem hohen Grade der Erschöpfung und Hinfälligkeit der Kranken. Auf die Füsse gestellt, schwankt sie und bedarf der Stütze, auf dem Stuhl sitzend, lässt sie zeitweilig ihren Kopf wie in höchster Ermüdung hintenüber fallen, auf Fragen sieht sie mich wie abwesend an, oder beginnt zwar mit einer Antwort, verliert aber bald die Gedanken und starrt ins Leere. Offenbar vermag sie nur mit Anstrengung zu folgen, und grössere Zumuthungen möchte ich ihr nicht stellen, weil sie wirklich der Ruhe und Schonung sehr bedürftig ist. Dabei fällt uns aber ihr perverses Mienenspiel auf: bald reisst sie die Augen weit auf, so dass man das Weisse oberhalb der Hornhaut sieht, bald legt sie die Stirn in zornige Falten, bald stülpt sie die Unterlippe und den Unterkiefer vor. Ferner zeigt sich ihre Sprache zuweilen stark behindert, das eine Wort presst sie wie ein Stotternder heraus, indem sie auf dem Anfangsconsonanten lange Zeit verweilt, oder sie bringt gelegentlich gurgelnde, unverständliche Laute hervor, und sie vermag auch auf Verlangen die Zunge nicht zu zeigen, sondern öffnet nur in unbeholfener Weise den Mund. Oft sind die Worte tonlos und deshalb unverständlich. Andere Male spricht sie aber ohne jeden Anstoss und berichtet auf diese Weise von der Entstehungsgeschichte ihrer Krankheit. Ihren Namen, ihr Alter, das Datum einer vorangegangenen Entbindung weiss sie richtig anzugeben, auch Krankheitsgefühl äussert sie, dass sie schwindlig sei, nicht ordentlich Athem holen könne. Auch dass das Krankenexamen sie anstrengt, bejaht sie. Hin und wieder wendet sie den Kopf und lauscht, offenbar durch Phoneme abgelenkt. Oft wendet sie sich wie Hülfe suchend an die neben ihr stehende Wärterin, und man sieht es fast, wie es ihr schwer fällt, ihre Aufmerksamkeit anzuspannen. Geläufige Dinge aber, wie das Vaterunser, scheinen ihr keine Schwierigkeit zu machen, sie sagt es mit andächtigem Tone her und faltet dabei die Hände. Daran schliesst sie freiwillig die Luther'sche Erklärung eines der zehn Gebote und fängt dann einen Choral zu singen an, Text und Melodie vollkommen richtig. Ich erhebe nun ihren rechten Arm bis zur Senkrechten: sie lässt dies willenlos geschehen und behält die Stellung kurze Zeit bei, lässt dann den Arm herunter sinken. Starke Neigung ihres Kopfes

nach vorn macht ihr Schmerz und begegnet einem leichten Widerstande. Als Patientin aufsteht, um das Auditorium zu verlassen, breitet sie die Arme mit supinirten Handflächen seitwärts aus und macht eine theatralische Geberde, folgt dann aber in gewöhnlicher Haltung der Wärterin.

Meine Herren! Die Stimmungslage der Kranken war, wie Sie gesehen haben, keine gleichmässige. Bald schien die der Erschöpfung entsprechende Apathie vorzuherrschen, bald zeigten sich Anwandlungen euphorischer oder gereizter Stimmung, Alles in mässigen Grenzen, und immer war ein Ausdruck von Hülflosigkeit und Rathlosigkeit beigemischt. Ueber Ort und Situation war Patientin sichtlich nicht oder nicht hinlänglich orientirt, und über ihren Körper machte sie die befremdlichsten Angaben: sie hätte heut Nacht einen Buckel gehabt, der wieder weggegangen sei, und ihre Augen seien aufgeschlitzt gewesen. Ueber die Veranlassung zu ihren Bewegungen gelang es uns nur ungenügenden Aufschluss zu erhalten, indem aus einzelnen abgerissenen Aeusserungen hervorzugehen schien, dass Patientin zum Tanzen und Singen gezwungen worden sei.

Meine Herren! Wie ich bald vorausschicke, hat unsere Patientin vier Wochen lang an einer ausgeprägten hyperkinetischen Motilitätspsychose gelitten, und wir sehen, dass auch der darauf folgende Erschöpfungszustand noch die Kennzeichen des vorwiegend motorischen Charakters der Erkrankung deutlich an sich trägt. Das psychologisch nicht motivirte Mienenspiel, das gelegentliche Vorstrecken von Unterkiefer und Lippen, die eigenthümliche Spracherschwerung, die übrigens wechselnde Unfähigkeit, die Zunge hervorzustrecken, die Pseudoflexibilitas, die unmotivirten pathetischen Gesten, das ebenso unmotivirte Singen sind deutliche Ueberreste der vorangegangenen Motilitätspsychose und theils als parakinetische, theils als akinetische Symptome zu deuten.

Was die Aetiologie unserers Krankheitsfalles betrifft, so ist uns nur bekannt geworden, dass die Krankheit sich acut im Laufe weniger Tage entwickelt hatte, nachdem Patientin, eine 27jährige Töpfersfrau und seit $^3/_4$ Jahren verheirathet, in der Frauenklinik ihre erste, übrigens normale Entbindung durchgemacht und dann noch zehn Tage psychisch normal dort verweilt hatte. Sie hatte ausser ihrem eigenen noch ein anderes Kind gestillt und war wohl dadurch etwas übernommen. Zu Hause äusserte sie übertriebene Sorge um ihr Kind, lauschte auf jeden Athemzug, äusserte Angst, dass es sterben könnte, und schon in der zweiten darauf folgenden Nacht begann sie zu singen, im Zimmer umher zu tanzen und von Engeln, die sie

singen höre, zu sprechen. Am darauf folgenden Tage verkannte sie ihren Mann für einen ihr bekannten Arzt. Die hyperkinetische Motilitätspsychose hat sich also hier, wie häufig, im Anschluss an das Puerperium entwickelt, und zwar, wie wir erfahren, an ein durchaus normal verlaufendes, und Patientin ist somit ein Beispiel der fälschlich so genannten Puerperalmanie, bei welcher es sich in Wirklichkeit um alle möglichen acuten Psychosen, am seltensten aber um eine reine Manie handelt.

Meine Herren! Der Zufall hat es gefügt, dass ich Ihnen eine andere Kranke vorstellen kann, welche Ihnen den floriden Zustand einer hyperkinetischen Motilitätspsychose vor Augen führt. Sie sehen die Kranke im Walzerschritt tanzend und dazu eine Walzermelodie singend, hereinkommen. Dann klopft sie sich mit flacher Hand auf den Scheitel und sagt: „Weihwasser“, verbeugt sich und wiederholt das Wort und die gleiche Bewegung noch fünf Mal. Meine Handbewegung, mit der ich sie einlud, Platz zu nehmen, fasst sie richtig auf und setzt sich mit einem Ruck auf den Stuhl, sie steht aber bald wieder auf, beugt den Oberkörper vor und wirft den Kopf nach vorn, so dass ihr aufgelöstes Haar über das Gesicht fällt. Das wiederholt sie rhythmisch etwa zwanzig Mal. Dann geht sie lebhaft gesticulirend und fortwährend sprechend umher, den Rumpf wiegend und wendend, mit tactmässig accentuirten Schritten, an die gewaltsam gesteigerten Ausdrucksbewegungen eines Menuetts erinnernd. Der Rhythmus dieser tänzelnden, hüpfenden, schnellenden Bewegungen des ganzen Körpers ist merkwürdig bestimmt, gewissermaassen auf die Spitze getrieben und lässt auf einen grossen Kraftaufwand bei ihrer Ausführung schliessen. Sie sind von entsprechend energischen Ausdrucksbewegungen der Arme begleitet. Auch das Gesicht zeigt ein übertriebenes Mienenspiel, Patientin rollt die Augen, macht ein zorniges, dann wieder ein hochmütig abweisendes oder neckisches Gesicht. Drohende Bewegungen, Versuche zu schlagen, aber wenig ernsthaft und sofort wieder von selbst abgelenkt, kommen vor. Dabei vereinzelte zusammenhängende Aeusserungen, einmal: „Zerhackt müssen sie (oder Sie? nicht zu entscheiden) werden auf dem Scheiterhaufen.“ Im Ganzen scheint die Stimmungslage ebenso wechselnd zu sein, wie die Bewegungen, bald übertrieben lustig, bald hochfahrend oder mehr gereizt. Im Allgemeinen ist Patientin nicht oder nur auf Momente zu fixiren, so bejaht sie einmal ganz prompt die Frage: „Warum tanzen Sie, sind Sie lustig?“ Bald darauf gefragt: „Wissen Sie, was das für Herren sind?“ fängt sie zu singen an: „So mag der Himmel dir vergeben.“

Höchst merkwürdig ist der Zusammenhang ihrer spontanen, fast ununterbrochen geschehenden Sprachbewegungen mit den anderen Bewegungen. Er macht sich einmal dadurch geltend, dass die Stimme oft dem Rhythmus der gesammten Bewegungen entsprechend anschwillt, und da dies wie bei den Bewegungen in gewaltsam gesteigertem Maasse geschieht, so wird Vieles von dem Gesprochenen dadurch unverständlich, oder es gelingt nur Bruchstücke von Satzgliedern oder abgerissene Worte und Silben aufzufangen. Ferner aber steht der Inhalt dieser abgehackten Redebruchstücke oft in auffälligem Zusammenhang mit den Bewegungen. So nimmt Patientin z. B. eine militärische Haltung an, macht mit der rechten Hand die Bewegung des Schnurrbartsstreichens und sagt in schnarrendem Tone: „Lieutenant von der Garde.“ Ein anderes Mal erhebt sie den rechtwinklig gebeugten Arm, führt Daumen- und Zeigefingerspitze gegen einander mit der Geberde des Feinschmeckers und sagt: „Schweinsbraten.“ Oder Patientin spreizt die Arme und Hände aus und sagt: „Ich habe noch zehn gesunde Finger.“ Oder während sie die Arme ausbreitet und mit dem Rumpf wiegende Bewegungen macht: „Wie soll die Schneiderin zum Balanciren kommen?“ Diese Bewegungen sind es auch offenbar, die die Aufmerksamkeit der Kranken vollkommen ablenken, so dass sie nur momentan zu fixiren ist. Ausserdem haben Sie gesehen, dass auch gelegentliche Sinneseindrücke die Kranke ablenken und zu Bewegungen veranlassen, während sie meine Fragen und Wünsche meist ignoriert. Doch gelingt es, Patientin noch einmal zum Sitzen zu bewegen, wo sie dann, stumm dasitzend, sich auf theatralische Handbewegungen beschränkt und, wie ich ihr sage, sie könne nun gehen, dies sofort richtig auffasst und aufsteht.

Meine Herren! Auch diese Kranke, eine 36jährige unverehelichte Schneiderin, sieht blass, mager und angegriffen aus, bei der Kraftvergeudung durch ihre fast unausgesetzten gewaltsamen Bewegungen ist das sehr natürlich. Sie befindet sich jetzt seit fünf Wochen in dem gleichen, nur hin und wieder an Intensität schwankenden Zustande. Schlaf erfolgt nur auf Schlafmittel, wobei das Hyoscin sich besonders wirksam zeigt, die Nahrungsaufnahme ist ungenügend und durch die Bewegungsunruhe gestört.

Was die Krankheitsgeschichte der Patientin anbetrifft, so haben wir Folgendes in Erfahrung gebracht. In ihrer Familie sollen Psychosen oder schwere Neurosen bisher nicht vorgekommen sein, ihr Vater ist 52jährig an Schwindsucht gestorben. Patientin hat in der Schule schlecht gelernt, war aber fleissig, war sehr fromm und hat ordentlich gelebt. Sie trieb mit einer Schwester zusammen ein

Nähgeschäft und hat wohl zu viel gearbeitet, in den letzten Jahren litt sie überdies an menstruatio nimia. Schon vor acht Jahren war Patientin ein Vierteljahr gemüthskrank, angeblich melancholisch, jedenfalls zeigte sie Unglücksgefühl, äusserte Selbstvorwürfe, und den Angehörigen fielen damals eigenthümliche „knotende“ Bewegungen der Hände an ihr auf. Nachher gesund, zeigte sie nur immer zur Zeit der Periode eine auffällige Reizbarkeit und Empfindlichkeit. Acht Wochen vor der Aufnahme hatte sie einen zweitägigen prämenstrualen Tobsuchtsanfall, in welchem sie fortwährend sprach und sang, sich bewegte, mit dem Hausgeräth herumwarf, angstvolle Gehörs- und Gesichtshallucinationen hatte, verbigerirte und zeitweilig Personen und Umgebung verkannte. Nach der Schilderung der Angehörigen hatte sie damals auch sehr ausgesprochene Hypermetamorphose. Mit Eintritt der Menstruation rasche Beruhigung und spontaner Schlaf. Die darauf folgende Menstruation vier Wochen darauf ging ohne Störung vorüber. Zwei Tage vor der nächsten, genau wieder nach vier Wochen eintretenden Menstruation wurde wegen eines neuen Tobsuchtanfalles ihre Aufnahme in die Klinik erforderlich, nachdem Patientin schon zu Hause zwei Tage in einem tobsüchtigen Zustande zugebracht hatte. Der Eintritt der Periode blieb diesmal ohne Einfluss auf die Krankheit. Heut, am Tage der Demonstration, hätte die Patientin wieder menstruirt sein sollen, denn es sind schon fünf Tage mehr als vier Wochen seit der letzten Periode verflossen, die Menstruation scheint aber diesmal verspätet oder gar nicht einzutreten.

Meine Herren! Diese Daten sind deshalb von besonderem Werth, weil sie uns einen gewissen, wenn auch etwas unbestimmten Einfluss der Menstruation auf Entstehung und Ablauf der Psychose zeigen, und hier muss ich bemerken, dass dies keine vereinzelte Erfahrung ist, sondern dass dieselbe bei der hyperkinetischen Motilitätspsychose so häufig wiederkehrt, dass man genöthigt ist, diese als den bei Weitem häufigsten Typus der Menstrualpsychose anzuerkennen. Namentlich ist die hyperkinetische Motilitätspsychose noch häufiger menstruell als puerperal bedingt. Auf diese ätiologischen Verhältnisse komme ich weiterhin noch einmal zurück.

Meine Herren! So eigenartig und absonderlich die Bewegungen sind, welche Sie bei unserer Kranke beobachtet haben, so könnte doch vielleicht ein Zweifel bei Ihnen aufgetaucht sein, ob sie nicht wenigstens zum Theil willkürliche Productionen einer hysterisch-theatralisch aufgelegten Person seien. Freilich fehlt es an hysterischen Antecendentien, und auch die Einflusslosigkeit der Isolierung spricht dagegen, da es nicht recht ersichtlich ist, warum von einer Hysterica

derartige Productionen fortgesetzt werden sollten, wo es an Zuschauern so gänzlich fehlt. Schliesslich kommt die Aussage der Kranken, wenn sie genesen oder auch nur zeitweilig beruhigt sind, dazu, dass diese Bewegungen unabhängig von ihrem Willen und unter irgend einem, ihnen entweder unbegreiflichen oder auch verschiedenartig gedeuteten Zwange erfolgt seien. Aber Sie werden mit Recht nach den positiven Kennzeichen fragen, welche es möglich machen, derartige pseudospontane Bewegungen von absichtlichen Productionen zu unterscheiden. Solche Kennzeichen sind nun, wie Sie an unserer Kranken gesehen haben, thatsächlich vorhanden. Besonders wird Ihnen eine gewisse Einförmigkeit und Monotonie dieser Bewegungen, eine Neigung zur Wiederkehr der gleichen Bewegungsform, die sich bis zur rythmischen Wiederholung steigern kann, aufgefallen sein. Auch bei den sprachlichen Aeuserungen macht sie sich bemerklich und hat bei unserer Kranken wiederholt zur Verbigeration geführt. Zweitens wird Ihnen der übertriebene, gewaltsame, gewissermaassen gesteigerte Charakter dieser Bewegungen nicht entgangen sein, der ungewöhnliche Muskelaufwand, der damit verbunden ist und gewissen Bewegungen einen grotesk anmuthigen Zug verleiht. Er macht sich bei unserer Kranken auch an den Sprachbewegungen bemerkbar, ist indessen den pseudospontanen Bewegungen nicht immer zu eigen und wird gerade bei Expressivbewegungen wie Lachen, Weinen, Singen zuweilen vermisst. So ist Ihnen wohl die Kranke[1]) noch erinnerlich, die ihre an sich untadelhafte Gesangsproduction damit entschuldigte, sie hätte singen müssen, obwohl ihr gar nicht danach zu Muthe gewesen sei. Endlich wäre noch das offenbar Zwecklose, Unsinnige in der Form der Bewegungen hervorzuheben, so wenn die Patientin wiederholt die flache Hand auf den Scheitel legt, oder die Finger spreizt, oder den Rumpf rhythmisch nach vorn beugt, oder auf einem Beine balancirt u. dergl. mehr. Diese Zwecklosigkeit unterscheidet die pseudospontanen Bewegungen auch von den gewöhnlich an combinirte Hallucinationen geknüpften sogen. Beschäftigungsdelirien, welche sonst gerade an Einförmigkeit oft nichts zu wünschen übrig lassen, und von einem Theil der psychosensorisch, besonders durch Hauthallucinationen, bedingten Reactivbewegungen z. B. des Alkoholdeliranten. Auch dann, wenn die Bewegungen, wie wir öfter und zuletzt im vergangenen Semester beobachtet haben, an die Freiübungen beim Turnen erinnern, werden Sie sie hier, während der klinischen Demonstration, gewiss ganz deplacirt und offenbar zwecklos finden.

1) Vgl. S. 119.

Meine Herren! Die nähere Analyse der pseudospontanen Bewegungen gewährt uns also gewisse Anhaltspunkte dafür, dass die Bewegungen nicht psychologisch motivirt, sondern Folge einer Identificationsstörung zwischen Z und m, also der psychomotorischen Bahn sind. Zu demselben Ergebnisse führt eine klinische Erfahrung, die zwar in unserem Falle nur zeitweilig ausgesprochen war, da die Patientin viel sprach, die aber in vielen Fällen von hyperkinetischer Motilitätspsychose fast beim ersten Anblick die Diagnose sichert. Sie besteht darin, dass der Bewegungsdrang der hyperkinetischen Motilitätspsychose nicht von einem entsprechenden Rededrange, sondern innerhalb des Sprachgebietes oft sogar von dem entgegengesetzten Symptome des Mutacismus begleitet wird. Immer besteht ein auffälliger Gegensatz, ein Missverhältniss zwischen dem geringen Grade des Rededranges und dem hochgradigen Bewegungsdrange. Sie sehen, es verhält sich hier gerade umgekehrt wie bei der Manie, wo der Rededrang überwiegt und der Bewegungsdrang verhältnissmässig zurücktritt oder sich mehr als Thätigkeitsdrang äussert. Ist aber ausgesprochener Rededrang vorhanden, was nicht selten der Fall ist, so verräth er doch in der abgeänderten Form der Rede seinen Ursprung aus psychomotorischer Identificationsstörung: die Einförmigkeit führt zur Verbigeration oder wenigstens zu auffälliger Wiederholung derselben Worte oder Redewendungen; der übermässige Kraftaufwand führt zu unmotivirtem Schreien oder Brüllen, das Zwecklose in der Befriedigung des sprachlichen Bewegungsdranges führt zur sinnlosen Aneinanderreihung inhaltlich und auch nicht einmal dem Klange nach verwandter Wörter oder Silben. Statt der Productivität Monotonie, statt der Ideenflucht Incohärenz sind im Allgemeinen die Kennzeichen des psychomotorischen Rededranges im Gegensatz zum intrapsychischen. Ein weiteres, den Inhalt betreffendes Kennzeichen liefert die bei der hyperkinetischen Motilitätspsychose fast nie fehlende Hypermetamorphose. Folgende Wiedergabe der spontanen Aeusserungen eines Kranken möge das Gesagte illustriren: „Aschenbuttel oder Brödel, dann fängt es schon an zu brodeln oder zu versengen, oder mit anderen, ach Jesus, sagt meine Mutho, immer von Anfang an, wenn sie so klein war, ach so, ah, Anna, a, n, a, in die Höhe, oder so viel von oben herab tröpfeln, ach Jesus, ich du findest ach Jesus, und daher weil sie Aschenbuttel, getel oder gattel oder Philadelphia oder Amerika oder in Tirol oder der oder noch doppelt, ach Terzerol mit und ohne Knall, da ist die Sache so, o Jesus, Jesus, einmal geht's, 2, 4, also so viel eben wie man also einmal geht's mir so, so gerade aus,

dann 2, 3, ach Jesus, ach ja, das kommt ganz fein, das nennt man mit zählen, das erste, das erste Liedelein, o Jesus, deswegen sagt man auch Werk- oder Würgengel (Würgbewegungen!) (zum Wärter:) ich möchte das Kissen wegnehmen, denn so viele Sachen, ach Jesus, Sternlein, ihr Kindlein, kommet o kommet, oh nicht doch, ganz gleich ja. Halt, was ist denn, was ist denn, das kommt von meiner Heimath, ach Jesus, ach ach ach, oder von meinem Schulfreunde von Anfang an entweder vom Hanke, Anke, kekekeke . . ."

Nur die leichteren und leichtesten Grade des pseudospontanen oder psychomotorischen Rededranges können der Diagnose Schwierigkeiten bereiten. Hier geräth die Absicht, eine geordnete Form der Rede beizubehalten, mit dem psychomotorischen Drange in einen Widerstreit, dessen Ergebniss für den Kenner gerade sehr charakteristisch ist. Ein falsch angebrachtes Pathos, ein singender, oder declamirender, oder salbungsvoller Klang der Rede mit häufigem An- und Abschwellen der Stimmstärke, eine gesteigerte Neigung zum Rhythmischen würden gestatten, diese Productionen einem mit starken Effecten arbeitenden Kanzelredner zuzuschreiben — bis auf den Inhalt. Aber auch dieser zeigt sich augenscheinlich durch die abgeänderte Form der Rede beeinflusst — in ähnlicher Weise, wie die Form des Bewegungsdranges bei unserer Kranken einen Einfluss auf ihre Gedankenthätigkeit erkennen liess —, denn er ist mit Vorliebe ein biblischer, oder knüpft wenigstens an Bibelstellen, an Gesangbuchverse, Katechismuserklärungen, erinnerte Predigten u. dergl. mehr an. Eine Kranke der Art fand selbst, dass die Rede ihr „wie Honigseim von ihren Lippen triefe". Dass auch die Monotonie des Inhalts, die Neigung zur Wiederholung der gleichen Worte oder Wendungen sich dabei geltend macht, erwähne ich der Vollständigkeit halber. Sie sehen, meine Herren, dass der psychomotorische Rededrang in jedem Falle Kennzeichen genug an sich trägt, um ihn mit Leichtigkeit als solchen zu erkennen.

Meine Herren! Die Wichtigkeit des Gegenstandes erfordert es, auf die Art der Bewegungen, welche bei hyperkinetischer Motilitätspsychose ausgeführt werden, noch etwas näher einzugehen. Im Allgemeinen bewegen sie sich innerhalb von zwei Extremen, die dadurch gegeben sind, dass das eine Mal die Bewegungen durchaus als gewollt erscheinen, dass sie im Gegensatz dazu aber auch als ganz ungewollt und offenbar wider die Absicht der Kranken erfolgend imponiren können. Als Typus der ersteren Art erinnere ich Sie an den acut erkrankten jungen Mann, den ich Ihnen im vorigen Semester vorgestellt habe, der stumm, mit congestionirtem Gesicht und unter

sichtlicher Anstrengung vor Ihnen zehn Minuten lang regelrechte Freiübungen mit den Armen und dem Oberkörper ausführte. Diese Bewegungen geschahen so exact und anscheinend zielbewusst, dass Sie vielleicht daran gezweifelt haben werden, ob es nicht eine willkürliche Production des Kranken gewesen sei. Der Kranke ist nach wenigen Wochen dieses hyperkinetischen Zustandes, welcher zeitweilig von akinetischen Phasen anscheinender Erschöpfung abgelöst wurde, zwar beruhigt, aber zugleich rasch zunehmend blödsinnig geworden, während zugleich die sehr reducirte Ernährung einer raschen Zunahme des Körpergewichts Platz gemacht hat. Sie würden jetzt den vollbackigen, tief blödsinnig aussehenden, auf Ansprüche an Denkthätigkeit rasch versagenden und unwillig werdenden Kranken kaum wiedererkennen. Den anderen Gegensatz bilden die offenbar unabsichtlich erfolgenden Bewegungen, welche an die Ihnen bekannte Jactation bewusstloser Zustände erinnern. Nur die monotone Wiederkehr der gleichen Bewegungsform ist beiden Gegensätzen gemeinsam. Ein ungewöhnlich reiner Fall letzter Art konnte im Wintersemester 1891 vorgestellt werden. Die mässig genährte, völlig besonnene, durchaus attente und orientirte 79jährige Kranke Frau W. betheuerte selbst, dass eine eigenthümliche Bewegungsunruhe ihre ganze Krankheit ausmachte. Dieselbe sei des Morgens nach dem Erwachen nur sehr gering, steigere sich dann langsam im Laufe des Tages und erreiche Abends ihren Höhepunkt, so dass Patientin die halbe Nacht keine Ruhe fände, bis sie schliesslich gänzlich ermattet in Schlaf verfalle. Von der Art ihres Bewegungsdranges liegt mir eine treffliche Schilderung meines damaligen Assistenten Dr. Kemmler vor. Ich will das Wesentlichste davon hier wiedergeben: Patientin sitzt im Bett, ändert aber fortwährend ihre Stellung, bald versucht sie, sich nach dem oberen, bald nach dem unteren Bettrand hin zu rücken, oder versucht eine Seitenlage, oder richtet sich hoch auf, als ob sie es mit Stehen versuchen wollte, bald macht sie Versuche, aus dem Bette herauszugehen. Diese Bewegungen folgen sich in überstürzter Hast, gewöhnlich ist eine Bewegung noch nicht vollendet, ehe die andere, oft ganz entgegengesetzter Art, schon einsetzt. Ruhepausen finden fast gar nicht statt. Dabei macht sie in ihrer Hast immer dieselben vergeblichen Versuche und unaufhörlich dieselben Bewegungen. Die Aeusserungen der Kranken, mit welchen sie ihr unruhiges Treiben begleitet, bestätigen die naheliegende Vermuthung, als ob die Kranke keine Lage oder Stellung finden möchte, in der sie sich wohl fühlt, als ob ihr jeder Versuch, eine bestimmte Lage einzunehmen, ein unbehagliches Gefühl verursachte, das sie

um jeden Preis los werden möchte. Sie versucht auf jede mögliche Weise immer wieder Abhülfe. Solche Aeusserungen sind: „Ich liege so nicht recht, ich kann doch so nicht bleiben, ich muss mich doch ganz anders hinlegen, so darf ich doch nicht sitzen bleiben, so ist es doch nicht auszuhalten, ich muss doch einmal zur Ruhe kommen, wenn ich doch nur aufstehen könnte, wenn ich nur liegen könnte, aber es geht ja nicht, vielleicht geht es, wenn ich gar nicht liege“ u. dergl. mehr. In ihrer Hülflosigkeit fleht sie Jeden an, ihr zu helfen, und jammert schliesslich wie eine Verzweifelnde. Nähert sich ihr Jemand, so nimmt sie erfreut dessen Beistand in Anspruch, ergreift z. B. die Hände des Arztes, lässt sie wieder los, fasst sie sofort von Neuem, stützt sich auf seinen Arm, hält ihn am Aermel fest und lässt von jedem Versuche sofort wieder ab. „Ach nein, so geht es ja auch nicht. Sie müssen mir anders helfen. Sie machen es ja verkehrt. Wenn Sie mich doch so halten würden,“ sind charakteristische Aeusserungen dabei. Fragt man die Patientin, wie man ihr denn helfen soll, so antwortet sie: „Das ist es ja eben, dass ich das nicht finden kann.“ Immerhin wirkt die Anwesenheit des Arztes oder der Wärterin etwas beruhigend, Patientin bittet, man solle doch durchaus da bleiben, dann würde es ihr schon besser werden. Auffällig ist, dass Patientin sehr häufig eine ganz entgegengesetzte Bewegung macht, als sie als ihre Absicht angegeben hat. So verlangt sie z. B., man solle sie hinlegen, und richtet sich dabei an den Armen der Person, die ihr helfen soll, fortwährend wieder auf. Oder sie will aufstehen und nimmt nicht einmal den Anlauf dazu, sich aufzurichten. Entsprechende Aeusserungen lassen darüber keinen Zweifel: „Ach, das ist es ja gar nicht, was ich gewollt habe, es hätte doch ganz anders sein müssen. Ich möchte mich so gern hinlegen, dass ich schlafen kann, aber ich weiss nicht, wie ich es anfangen soll. Wie soll ich es um Gottes Willen machen, dass ich sitzen kann.“ Bisweilen sträubt sie sich direct gegen die auf Verlangen geleistete Hülfe. Auf energische Aufforderung in ernstem Tone, ihre Bewegungen zu unterlassen, findet sie eine Zeit lang Ruhe und fühlt sich sichtlich erleichtert. Ebenso stellt sich heraus, dass sie auf Commando willkürlich alle Bewegungen machen kann. Nach wenigen Minuten beginnt jedoch ihr altes Treiben. Auf der Höhe der motorischen Unruhe ist Patientin durch ihre Bewegungen ganz in Anspruch genommen und fällt es schwer, sie zu fixiren. Sie wiederholt dann die Fragen, anstatt sie zu beantworten, oder hilft sich mit weitschweifigen Redewendungen und fällt dabei aus der Construction, oder lässt die Sätze unvollendet. Dazwischen Aeusse-

rungen wie: „Das will ich Ihnen gleich nachher sagen, das kann ich jetzt im Augenblicke nicht finden“ u. dergl. mehr. Einmal war Patientin sogar nicht im Stande, ihren Namen anzugeben, sie äussert bei solchen Gelegenheiten ihren Aerger: „Das weiss ich sonst ganz gut, nur wegen der Unruhe kann ich es jetzt nicht sagen.“ Ein Theil der Bewegungen der Patientin erinnert an bekannte Beispiele von sogenanntem Beschäftigungsdelirium [1]). So beschäftigt sie sich z.B. fortwährend mit dem Betttuch, legt ihre Decke hin und her, deckt sie bald zu, bald auf. Ebenso beschäftigt sie sich mit ihren Kleidungsstücken, zieht sie ganz oder in einzelnen Theilen an und wieder aus, oft mit ganz unbeabsichtigtem Erfolge, so dass sie nackt dasitzt und sich darüber beklagt, weil es so unanständig wäre. Während sie mündlich eine bestimmte Absicht äussert, macht sie nicht selten das Gegentheil davon. In einer Nacht war Patientin sehr unruhig, schob fortwährend die Decke zurück und äusserte dabei den Wunsch, sich zuzudecken, weil es so kalt sei. Als ihr Hülfe zu Theil wurde und sie zugedeckt wurde, war sie plötzlich ganz still und schlief bald darauf ein. Offenbar war sie nicht im Stande, die einander folgenden Acte: sich aufzusetzen, die Decke zu ergreifen, sich zurückzulegen und die Decke hinaufzuziehen — zu einer Handlung zu vereinigen. Mit Papier und Bleistift, ihr zum Schreiben gereicht, wusste sie ebenso wenig fertig zu werden. Wie schon erwähnt, lässt die Unruhe nach, wenn Patientin ernstlich dazu ermahnt wird, ebenso, wenn sie auf Geheiss irgend eine complicirte Bewegung ausführt, was dann immer gelingt, oder wenn sie angespannt wird, aufzupassen und eine bestimmte Auskunft zu ertheilen.

Patientin zeigt sich gesprächig, zum Teil geschwätzig, aber ohne eigentlichen Rededrang, hin und wieder verfehlt sie den Ausdruck, besonders bei der Bezeichnung von Verben und abstracten Begriffen, ihre Weitschweifigkeit dient oft zur Umschreibung oder zum Suchen des richtigen Ausdruckes. Nach dem Grund ihrer zwecklosen Bewegungen gefragt, zeigt sich eine gewisse Einsicht dafür: „Das muss halt so in der Natur liegen, das ist ja eben das Unglück. Ich weiss ja nicht, was damit zu bezwecken ist.“ Manche Bewegungen verleugnet Patientin, nachdem sie sie gethan hat. So z.B. zieht sie mit grosser Schnelligkeit die Jacke aus und behauptet dann, das hätte sie doch gar nicht gethan; andere Male: Das kann nur Zufall sein. Einen Strumpf schlingt sie um den Hals und sagt

1) Vgl. die 26. Vorlesung.

dann: Es ist gar kein rechtes Halstuch. Den zweiten Strumpf stülpt sie um und zieht ihn plötzlich als Mütze über den Kopf, ist dann selbst erstaunt und zieht ihn richtig über den Fuss. Die Zunge wird auf Verlangen stossweise und zuckend vorgestreckt. Häufig verbigerirende Wiederholung derselben Phrase, z. B.: „Ach Gott, erbarmen Sie sich meiner. Bitte, helfen Sie mir doch auf das Rechte." Niemals hypochondrische Sensationen, immer volle Orientirung, gutes Gedächtniss und gute Merkfähigkeit.

Nach eingetretener Beruhigung gute Auskunft, ein unbehagliches Gefühl hätte sie zu den Bewegungen getrieben, sie hätte sie nicht mit Willen gemacht. Das unbehagliche Gefühl sass im Oberkörper und ergriff allmählich den ganzen Körper. In der Zeit des Nachlasses der Bewegungsunruhe Andeutungen von Beziehungswahn: eine andere Kranke benehme sich so eigenthümlich, da könne man doch nicht zur Ruhe kommen. Es müsse wohl am Bette liegen, dass sie keine Ruhe finde. Bittet am Morgen um ein Schlafmittel, sagt aber sofort, sie will es gar nicht. Behauptet, es sei ihr kalt, versichert sofort darauf das Gegentheil. Sagt einmal völlig sinnlos: „Kann ich mich jetzt aufsetzen oder kann ich vorher noch etwas essen?"

Patientin, bis dahin gesund, hatte im Bürgerversorgungsspital gelebt. Die letzten vier Wochen vor ihrer Aufnahme (am 12. September 1891) häufig schlaflos und Klagen über Kopfschmerzen und zunehmende Schwäche, wenige Tage vor der Aufnahme begann dann das „Zucken", wie es die Kranke bezeichnete. Dass man sie deshalb für geisteskrank gehalten und ins Irrenhaus gebracht habe, war der Patientin sehr unangenehm. Die Bewegungsunruhe erreichte bald den geschilderten hohen Grad und hielt mit Ausnahme einer leichten Remission in den Tagen vom 21.—25. September bis zum Beginn des October an, um dann in wenigen Tagen bis zum 6. October vollständiger Beruhigung Platz zu machen. Ein Rückfall begann am 27. October, nahm an Verbreitung und Intensität bis zum 7. November zu und fiel dann innerhalb weniger Tage bis zu vollständiger Beruhigung am 17. November ab. Am 18. zeigte die sehr ermattete Patientin Fieber und die Symptome einer Pneumonie und starb am 22. November. Es herrschte damals eine Influenzaepidemie. Zur Zeit des beginnenden Rückfalles wiederholt Aeusserungen, dass Patientin selbst nicht wisse, was sie eigentlich wolle, und dass dies eben das Merkwürdige wäre. Bald wieder grosse Hülflosigkeit in der Wahl der motorischen Mittel. Vorübergehend und halb corrigirt Beeinträchtigungsideen, sie würde verspottet, ausgelacht, gequält, auch Misstrauen gegen die Umgebung, ärgerliche,

gereizte Stimmung. Zuerst nur Drang, ausser Bett zu gehen, Bewegungsdrang der Hände erst später, und Rededrang erst nach Steigerung des Bewegungsdranges vom 1. November ab. Diesmal auch Modification der Athmung, welche einen schnappenden Charakter erhielt wie bei höchster Angst. Die Angst selbst aber immer in Abrede gestellt. Das Paraphasische im Rededrang diesmal ausgesprochener, die Ernährung schwieriger, der ganze Anfall schwerer und bis zu vorübergehender Annäherungsfurcht gesteigert. Nie Hallucinationen, auch Hypermetamorphose trat nie auffälliger hervor. Die allopsychische Orientirung nur ganz vorübergehend bei höchster Unruhe gestört. In den letzten Tagen vor dem raschen Krankheitsabfall auch schleudernde Zuckungen in den Armen, die sogar die willkürlichen Bewegungen störten. Sonst zeigte sich die gewaltsame Anspannung der Aufmerksamkeit von dem gleichen beruhigenden Einfluss wie bei dem ersten Anfall. Die nachfolgende Probe ihres Rededranges stammt vom 4. November und zeigt, dass auch Angstvorstellungen bestanden: „Mein liebster Herr Doctor, ich hab ja ganz falsch, O Gott im Himmel erbarme dich meiner, Vater im Himmel, erbarme dich. Guter Herr Doctor, helfen Sie mir. Lasst mich raus. Himmlischer Vater, verlass mich doch nicht. Das bin ich nicht im Stande. Ich bin ja ganz richtig. Sind Sie doch barmherzig. Ich kann ja nicht anders, ach liebster Gott. Nein, nein, nein, ich muss fort, seid doch barmherzig. Herr Doctor, sind Sie doch barmherzig. Ach Jesus Christus, erbarme dich meiner. Ich fehle ja an allen Ecken und Enden. Ein falsches Urtheil habe ich. Es ist ja weiter nichts Wichtiges. Seid mir Sünder barmherzig. O Herr Doctor, verzeihen Sie mir noch einmal. Ich will ja gern folgen, hier bin ich verdammt. Sie thun mir sehr Unrecht, erbarmen Sie sich. Jetzt bleib ich. Ja, o mein Gott und Vater, verlass mich nicht. Herr Doctor, das bin ich nicht im Stande, retten Sie mich. Ich bitte herzlich, thun Sie, was Sie wollen. Ich bin ganz unschuldig. Du allgütiger Gott, erbarme dich. Himmlischer Vater, erbarme dich. Lieber, guter, einziger Herr Doctor, hören Sie mich. Guter Gott, steh mir bei, erbarme dich und sei mir noch einmal gnädig. Ich bin ein sündiger Mensch. Ach erbarmen Sie sich doch über mich, Herr, erbarme dich“ u. s. w.

Der Fall ist in mehrfacher Hinsicht so lehrreich, dass wir noch etwas bei ihm verweilen müssen. Vor Allem ist es höchst selten, dass die hyperkinetische Identificationsstörung der psychomotorischen Bahn so rein und uncomplicirt durch anderweitige Symptome vorkommt. Mir ist nur ein ähnlicher Fall erinnerlich, einen 21jäh-

rigen Schreiber K. betreffend, der am 27. Dezember 1894 aufgenommen und am 21. März 1895 nach einer Pflegeanstalt der Provinz entlassen wurde. Vorher war er nur nach einem Trinkexcess in einen mehrtägigen hyperkinetischen Zustand mit Erklärungswahnideen (Gymnastiker zu sein) gerathen und deshalb im November 1894 17 Tage bei uns behandelt worden. Bei diesem Kranken war es ebenfalls auffallend, dass eine rhythmische Wiederkehr der Bewegungen vermisst wurde, dass er vollständig orientirt blieb, keinerlei Erklärungswahnideen an seine Bewegungen knüpfte und der zwangsmässigen Fesselung der Aufmerksamkeit durch die Bewegungen so bewusst gegenüber stand, dass er auf Fragen häufig antwortete: „Gleich“ oder „warten Sie doch,“ oder „Ich muss doch erst.“ Auch bei diesem Kranken handelte es sich um dieselbe, bald noch näher zu schildernde Art der Bewegungen. Dieser Zustand steigerte sich jedoch zu einem Wellengipfel vollständiger Verwirrtheit, während dessen der Kranke auf keine Weise zu fixiren war. Er war ausserdem immer von sehr deutlicher Hypermetamorphose begleitet, im Gegensatz zu der vorher geschilderten Kranken. Auch hier war der Verlauf kein continuirlicher, sondern der Kranke hatte vom 17.—26. Januar 1895 ein vollständiges lucidum intervallum mit Krankheitseinsicht und Zeichen der Erschöpfung und ein zweites, nur einen Tag währendes Intervall mit hochgradiger Erschöpfung am 6. Februar. Wir haben später erfahren, dass der Kranke nach einjährigem Aufenthalt in der Pflegeanstalt nach Hause entlassen worden ist. Dem betr. Herrn Collegen verdanke ich folgende freundliche Auskunft: Sein Krankheitszustand kennzeichnete sich in der Anstalt als remittirende Manie[1]); es wechselten Perioden maniacalischer, mitunter stürmischer Erregtheit mit Zeiten der Ruhe, in denen der Kranke aber mehr oder weniger verwirrt war. Im weiteren Verlaufe wurden die maniakalischen Paroxysmen kürzer und weniger intensiv, in den ruhigen Zeiten nahm die Besonnenheit allmählich zu, es stellte sich Krankheitseinsicht ein, der Kranke erholte sich körperlich unter erheblicher Zunahme seines Gewichtes. Vom November 1895 ab konnte er als Reconvalescent angesehen werden, wurde aber Vorsichts halber noch während der Wintermonate in der Anstaltspflege belassen.

Es ist übrigens derselbe Kranke, von welchem die oben[2]) wörtlich wiedergegebene Probe motorischen Rededranges herrührt.

Was die Art der Bewegungen betrifft, so lässt sie sich bei beiden Kranken dadurch charakterisiren, dass man ihren Bewegungsdrang

1) selbstverständlich nicht Manie in unserem Sinne.

2) S. 378 u. 379.

als reactiven kennzeichnet, während die zuerst vorgestellten Kranken ebenso wie der die Freiübungen executirende wesentlich initiativen und expressiven Bewegungsdrang gezeigt haben. Reactiv erfolgten die Bewegungen bei der Kranken W. wohl auf unbehagliche Muskelgefühle, bei dem Kranken K. wohl zum grössten Theile ebenfalls, ausserdem aber auf andere abnorme körperliche Empfindungen, wovon ein Kriebeln im ganzen Körper und Druck im Halse auch geäussert wurden. Auf letztere Angabe war wohl ein zeitweiliges Pusten, Blasen und Ausstossen unarticulirter Laute zurückzuführen. In jedem Falle sind es krankhafte Organgefühle, die den Reactivbewegungen zu Grunde lagen. Die Aehnlichkeit mit Beschäftigungsdelirien, die einem Theil der beobachteten Bewegungen anhaftete, wird unter diesem Gesichtspunkt leicht verständlich, denn auch die Beschäftigungsdelirien beruhen auf Reactivbewegungen. Wir werden aber nicht fehl gehen, wenn wir in unseren Fällen das Manipuliren mit zufällig vorhandenen Gegenständen im Gegensatz zum Delirium tremens nicht als eigentlich durch diese bedingt auffassen, sondern annehmen, dass die Kranken nur die sich bietende Gelegenheit benützten, um ihren Bewegungsdrang an den Gegenständen auszulassen.

Der Name jactatoider Bewegungsdrang dürfte sich für diese Fälle empfehlen. Die Aehnlichkeit der geschilderten Bewegungen mit denen der Jactation im bewusstlosen Zustande ist offenbar dadurch begründet, dass auch die Jactation durch unbehagliche Organempfindungen hervorgerufen wird.

Der Affect kam bei der Kranken W. viel reiner zu Tage als bei dem anderen Kranken. Es ist der der motorischen Rathlosigkeit, zeitweilig allerdings zu wirklicher Angst und Verzweiflung gesteigert. Aus dieser Zeit des Wellengipfels datiren auch die geäusserten Angstvorstellungen. Ebenso als Zeichen gesteigerter Intensität des Krankheitsvorganges werden wir das zeitweilige Auftreten von regellosen, ungeordneten Bewegungen aufzufassen haben, während es andererseits auch kein Zufall sein dürfte, dass zur Zeit eines erheblichen Nachlasses der Krankheit ein Widerspruch in den Willensintentionen der Kranken zu beobachten war, der übrigens immer bald von ihr corrigirt wurde.

Meine Herren! Es dürfte nicht überflüssig sein, bei dieser Gelegenheit darauf hinzuweisen, dass die allgemeine schwere Chorea, die wir gewohnt sind den functionellen Nervenkrankheiten zuzurechnen, unserem Gebiete nicht so fern steht. Die Chorea ist allerdings nicht mehr als psychomotorische Identificationsstörung verständlich, sie geht darüber weit hinaus, indem sie eine Regellosigkeit

in der Ausführung der Einzelbewegungen und somit einen Ausfall von angeborenen Muskelzusammenwirkungen erkennen lässt. Wegen des differenzialdiagnostischen Gesichtspunktes will ich nicht unterlassen, die Kennzeichen, die den Fällen schwerer generalisirter Chorea sonst noch anhaften, hier kurz zu erwähnen. Entsprechend dieser Lösung von Muskelzusammenordnungen zeigen die Kranken mit Chorea auch schwere Lähmungserscheinungen: der Kopf fällt ganz gewöhnlich auch in den Pausen unwillkürlicher Bewegungen vollständig haltlos herunter, dieselbe Haltlosigkeit zeigt der Rumpf, so dass Stehen, Gehen, Sitzen unmöglich werden. Stellt man diese Kranken auf, so bieten sie das Bild der schwersten Ataxie bei jedem Bewegungsversuch. Auch die Sprache pflegt in solchen Fällen lallend und unverständlich zu werden, sowie auch das Schlingen durch die lähmungsartige Unbehülflichkeit der Zunge zeitweilig unmöglich werden kann. Im Gegensatz dazu macht sich zuweilen auch ein choreatischer Drang zum Schreien und Ausstossen lallender Laute geltend. Es dürfte allgemeiner bekannt sein, dass diesen Fällen schwerer Chorea ganz gewöhnlich auch gewisse maniakalische Symptome beigemischt sind: Rededrang, Ideenflucht, auffallende Ungenirtheit und Rücksichtslosigkeit, z. B. in Fragen der Decenz, u. dergl. mehr. Andererseits kann eine krankhaft gereizte Stimmung und Zornmüthigkeit vorwiegen.[1])

Meine Herren! Die Kenntniss des geschilderten, beispielsweise als gefährliche Complication der Schwangerschaft bekannten Bildes der schweren allgemeinen Chorea für die Differenzialdiagnose gegen hyperkinetische Motilitätspsychose ist um so wichtiger, als Uebergänge zwischen beiden Zuständen nicht so selten vorkommen, wie auch unser Fall W. beweist. Die dann zu beobachtende Form der Hyperkinese können wir als c h o r e a t i s c h e n B e w e g u n g s d r a n g charakterisiren und als eine Steigerung der Hyperkinese oder mit anderen Worten ein Uebergreifen auf das Gebiet der primären Identification charakterisiren. Die zusammengesetzte Grösse der Bewegungsvorstellungen[2]) zeigt sich hier in ihrem Bestande bedroht. Ein solcher choreatischer Bewegungsdrang, der über den Begriff der Hyperkinese eigentlich hinausgeht, wird besonders bei Epileptikern und Paralytikern beobachtet, bei ersteren als Theilerscheinung tiefer Dämmerzustände, gewöhnlich postepileptisch und von kurzer, höchstens wenige Tage erreichender Dauer. Bei Paralytikern in zwei

1) Ein typisches Beispiel schwerer Chorea ist Fall 13 der „Krankenvorstellungen" Heft 2.

2) Vgl. S. 51.

ganz entgegengesetzten Zuständen, je nachdem es sich um Anfangs- oder Endstadien der Krankheit handelt. In den Anfangsstadien der Paralyse entspricht er einem leichten Grade choreatischer Bewegungsunruhe, der auch überwiegend einseitig sein und an Chorea minor erinnern kann, in den Endstadien handelt es sich meist um durch Wochen fortgesetztes blindes Wälzen und Wühlen, meist überwiegend Rumpfbewegungen, anscheinend ebenfalls in einem Dämmerzustande, gewöhnlich stumm sich vollziehend.

Offenbar den Gegensatz zu diesen auf das motorische Projectionsfeld übergreifenden Reizzuständen bilden gewisse impulsive Handlungen, deren hyperkinetische Entstehungsweise nach Auskunft der Kranken unzweifelhaft ist, aber auch aus dem Zusammenhang der ganzen Krankheit herzuleiten ist. So beobachtete ich den Krankheitsfall einer 28 jährigen unverheiratheten Dame, die etwa zwei Jahre lang mit gewissen Remissionen unverändert den gleichen Krankheitszustand darbot. In demselben bedurfte sie einer fortwährenden Beaufsichtigung, weil sie ganz unvermittelt zu gewaltsamen Handlungen neigte, z. B. schlug, oder mit Messern und Gabeln warf, oder an den Haaren riss, und zwar meist gegen ihre Gesellschafterin, gegen die sie im Uebrigen freundlich gesinnt war. Diese impulsiven Acte traten nur hin und wieder, aber ohne jeden äusseren Anlass und ganz unerwartet auf und waren eben deshalb gefährlich. Im Uebrigen war die Kranke in der Zwischenzeit vollkommen ruhig und besonnen, konnte immer in ihrer Häuslichkeit gehalten werden und zeigte nur noch zuweilen schmatzende Bewegungen der Lippen und ein anderes, ihr und ihren Angehörigen besonders anstössiges Symptom: das unwillkürliche Aussprechen unanständiger Wörter[1]). Dies zu unterdrücken war Patientin nicht im Stande, sie vermochte nur dabei halblaut zu sprechen oder sich dabei abzuwenden. Diese Kranke erlitt eine achttägige Exacerbation ihres Zustandes, in welchem ein schwerer choreatischer Bewegungsdrang entsprechend unserer oben gegebenen Definition ununterbrochen bestand. Dabei murmelte die Kranke meist halblaut und unverständlich vor sich hin, um plötzlich unvermittelt ihre Stimme zu erheben, irgend ein Schimpfwort oder einen unfläthigen Ausdruck herauszuschleudern. Ebenso stossweise und impulsiv wurde der Bewegungsdrang von geordneten Handlungen unterbrochen, in denen die Kranke die Personen ihrer Umgebung plötzlich schlug, kratzte, ihnen in die Haare fuhr. Der auf diesen acuten Anfall folgende Erschöpfungszustand leitete eine Besserung ein, die allmählich in vollständige Heilung überging.

1) Koprolalie der Autoren.

In diesem Falle zeigten die impulsiven Handlungen ebenso wie die Sprachbewegungen deutlich ihren Ursprung als unter krankhaftem Reiz entstehende Zielvorstellungen, und auch die Kranke selber gab später bestimmt an, nie Stimmen oder Befehle gehört zu haben. Wir werden gut thun, nur derartige psychomotorisch bedingte Handlungen als impulsive Handlungen zu unterscheiden. Die durch Hallucinationen oder anderweitige sensorische Antriebe veranlassten Handlungen, wenn sie auch noch so unvermittelt auftreten, gehören offenbar nicht hierher. Besonders kennzeichnend aber ist für diese impulsiven Handlungen die Zugehörigkeit zum Verlauf einer ausgeprägten Psychose. Sie werden dann leicht zur Quelle complicirter Erklärungswahnideen. So bestand der nur dreitägige erste Anfall des oben[1]) erwähnten Kranken K. wesentlich in der Ausführung von Turnbewegungen, die den Kranken veranlassten, sich als Gymnastiker aufzuspielen und eine Art von Grössenwahn in Bezug auf seine körperliche Leistungsfähigkeit zu entwickeln. Ein anderer Kranker, ein 17jähriger Bäckerlehrling, der immer sehr fromm gewesen war, verspürte plötzlich den Antrieb, niederzuknieen und zu beten, und deutete das als eine directe Beeinflussung Gottes. Eine Art von religiösem Grössenwahn entwickelte sich daraus, mit Beimischung noch anderweitiger Motilitätssymptome. Der Kranke wurde vollkommen geheilt, die Wiedergewinnung seiner Krankheitseinsicht in Bezug auf diese ersten Erlebnisse seiner Krankheit wurde aber dadurch erschwert und verzögert, dass die Möglichkeit derartiger Vorkommnisse dem Kranken auch zur Zeit völliger Gesundheit geläufig gewesen war. Endlich erinnere ich Sie an den Doctor phil., der hier vor Ihnen so drastisch die Erlebnisse geschildert hatte, die seiner Aufnahme vorangegangen waren. Er hatte einem gänzlich unbekannten Herrn plötzlich mit seinem Stocke den Cylinder angetrieben. Dieser Herr war ihm vollständig fremd, ging ihn eigentlich gar nichts an, aber Dr. Sch. behauptete, es müsste wohl ein rechter Lump gewesen sein, da der liebe Gott plötzlich die gar nicht beabsichtigte Bewegung veranlasst hätte, den Stock gegen ihn zu erheben. Es handelte sich um einen von den Kranken, welche sich in der Anstalt dauernd hypnotisirt glaubten.[2])

Der jactatorische Bewegungsdrang der Frau W. könnte den oberflächlichen Betrachter an Krankheitsfälle erinnern, welche eine äussere Aehnlichkeit mit ihr haben, dem Wesen nach aber total verschieden sind. Wir werden nämlich zweckmässig auch einen

---

1) Vgl. S. 385.

2) Vgl. S. 136.

rathlosen Bewegungsdrang unterscheiden, richtiger vielleicht als rathlose Bewegungsunruhe zu bezeichnen. In diesen Fällen führt ein hochgradiger Affect der Rathlosigkeit zu allerlei Bewegungen, wie Ortsveränderungen, unruhigem Umherirren, Verlegenheits- und Verzweiflungsbewegungen, zu monotonem Jammern, zum Anklammern an andere Personen u. dergl. mehr. Diese Bewegungen haben sämmtlich das Kennzeichen der psychologischen Motivirung, wenn auch durch einen Affect, der dem normalen Geistesleben fremd sein kann, wie z. B. bei somatopsychischer Desorientirung.

Wir haben früher[1]) motorische Entladungen, die das Gepräge sinnloser Wuth trugen, als Ausdruck somatopsychischer Rathlosigkeit kennen gelernt. Eben dahin gehören die eigenthümlich motivirten, lebensgefährlichen Bewegungen des hypochondrischen Kranken N.[2])

Der rathlose Bewegungsdrang hat also eine ganz andere Begründung als der oben[3]) geschilderte. Bei dem letzteren sind die Bewegungen das Primäre, und sie führen erst zur Rathlosigkeit. In der Art der Bewegungen kommt dieses Verhältniss auch vollständig zum Ausdruck. Bei dem Bewegungsdrang der Rathlosigkeit verhält es sich dagegen umgekehrt. Ist die Rathlosigkeit zu Angst und Verzweiflung gesteigert, wie bei acuter totaler sensorischer Psychose, so hat das psychologische Verständniss der resultirenden Bewegungsäusserungen noch weniger Schwierigkeiten.

Meine Herren! Der Vollständigkeit halber will ich schliesslich noch eine Art des Bewegungsdranges besprechen, welche dem motorisch bedingten am allerfernsten steht, obwohl er häufig gerade bei der hyperkinetischen Motilitätspsychose auch zu beobachten ist. Wir können ihn als hypermetamorphotischen Bewegungsdrang kennzeichnen. Der gleiche Vorgang, welcher die Aufmerksamkeit zwangsmässig auf gegenwärtige Sinneseindrücke lenkt, muss natürlich oft auch zu an diese Sinneseindrücke anknüpfenden Bewegungen führen. So z. B. wenn ein Blick auf das Waschgeschirr oder auf die Tafel die Kranken veranlasst, sich zu waschen oder auf die Tafel zu schreiben. Auf diese Weise kann ein rascher Wechsel verschiedener Handlungen herbeigeführt werden und ein selbstständiger Bewegungsdrang vorgetäuscht werden. Der hyperkinetischen Motilitätspsychose, welche fast regelmässig mit Hypermetamorphose einher geht, sind, wie schon erwähnt, derartige Bewegungsacte reichlich beigemischt, ebenso aber auch verschiedenen deliranten Zuständen, wie z. B. solchen der progressiven Paralyse.

---

1) Vgl. S. 256. 2) Vgl. S. 260. 3) Vgl. S. 380ff.

Werden durch Isolirung die Quellen der Hypermetamorphose verstopft, so tritt auch dieser Bewegungsdrang regelmässig zurück.

Meine Herren! Ich musste diese Gelegenheit ergreifen, um Ihnen einmal die so verschiedenartigen und mannigfaltigen Bedingungen vorzuführen, welche zu einem Ueberschuss an Bewegungen bei den Geisteskranken führen können. Sie wissen nun, dass ein mehr oder weniger tobsüchtiges Verhalten ungemein häufig bei den acuten Geisteskranken zu Stande kommt und auf die verschiedenste Weise begründet sein kann. Der Name Tobsucht schliesst aber keinerlei Diagnose ein, er ist nur der weiteste, durchaus laienhafte Ausdruck für ein unruhiges Verhalten überhaupt.

Meine Herren! Die Uebersicht über alle die Zustände, welche ein tobsüchtiges Verhalten der Geisteskranken bedingen können, wird Ihnen gezeigt haben, dass eine scharfe Begriffsbestimmung der hyperkinetischen Motilitätspsychose gewissen Schwierigkeiten begegnet. Eben deshalb habe ich so ausführliche Beispiele einiger besonders reiner Fälle davon beigebracht. Immer wird das Primäre, psychologisch nicht Motivirte der Bewegungen und der sich geltend machende Drang zu solchen Bewegungen das Hauptkriterium für uns abgeben müssen. Es liegt aber in der Natur der Sache, dass besonders hohe Intensitätsgrade der Krankheit eine nähere Feststellung, in wie weit auch inhaltliche, nicht bloss durch die Bewegungen bedingte Bewusstseinsfälschungen vorliegen, sehr erschweren, und selbst die nachträgliche Auskunft, welche die Kranken über ihren Zustand geben, ist oft ungenügend, weil Erinnerungsdefecte einen Theil der Krankheitszeit für die Kranken selbst verschleiern können. Man wird also erwarten können, dass ein Theil der hierher gehörenden Fälle mehr ist, als eine reine hyperkinetische Motilitätspsychose, obwohl er eine solche nach den oben geschilderten Kennzeichen in sich begreift.

Ueber den Verlauf der Krankheit lässt sich, wenn man möglichst reine Fälle zur Richtschnur nimmt, Folgendes sagen. Die Krankheit scheint dadurch ausgezeichnet zu sein, dass sie in einer Anzahl von Perioden wiederkehrt — bei der oben erwähnten Kranken[1]) waren es vier — und sich dann erschöpft und in vollständige Heilung übergeht. Der Verlauf ist also periodisch intermittirend, bei sehr rascher Aufeinanderfolge und kurzen Intervallen wenigstens periodisch remitirend. Diese Periodicität ist nicht ganz gleichmässig, sondern irgend ein Anfall, gewöhnlich der erste oder der zweite, ist protrahirter als die anderen, gewissermaassen durch

1) Vgl. S. 374.

das Zusammenfliessen zweier Anfälle entstanden. Dem ersten Anfall gehen häufig Prodrome voran, die aus subjectiven Beschwerden verschiedener Art, wie Kopfschmerzen, gestörtem Schlaf, zeitweiliger Beklemmung und innerer Unruhe, besonders häufig aber vasomotorichen Beschwerden bestehen können. Der Anfall selbst pflegt ziemlich plötzlich hereinzubrechen, besonders wenn schon Krankheitsperioden vorangegangen sind. Die Dauer des einzelnen Anfalls bleibt gewöhnlich unter Monatsfrist, ausgenommen sind die schon erwähnten protrahirten Anfälle, welche meist der Krankheitshöhe entsprechen. Dass die sogenannte periodische Manie der Autoren in der Mehrzahl der Fälle der hyperkinetischen Motilitätspsychose angehört, will ich hier noch besonders betonen.

Aetiologisch hat der ebenfalls periodische Vorgang der Menstruation die innigsten Beziehungen zu unserer Krankheit. Nächst häufig begegnet man ihr bei Wöchnerinnen: Puerperalmanie der Autoren. Dem entspricht es, dass die Mehrzahl der befallenen Personen weibliche und jugendliche Individuen sind. Tritt jedoch die Krankheit beim männlichen Geschlecht auf, so zeigt sie den gleichen periodisch intermittirenden Charakter, der also durchaus nicht ausschliesslich der menstruellen Aetiologie entlehnt sein kann. Eine Ausnahme von der Periodicität des Verlaufs machen die häufigen Fälle paralytischer Aetiologie.

Differenzialdiagnostisch kommt wesentlich nur die bald noch näher zu studirende, meist ebenfalls periodisch recidivirende verworrene Manie in Betracht. Entscheidend für letztere wird es sein, wenn das hyperkinetische Krankheitsbild nur die Steigerung einer reinen Manie bildet und nachweislich aus einer solchen hervorgegangen ist. Uebrigens ist die Manie die einzige Krankheit, welche wirkliche Uebergänge zur hyperkinetischen Motilitätspsychose und dadurch eine innere Verwandtschaft mit letzterer aufweist. Infolge dieses Verhältnisses ist eine Differenzialdiagnose zwischen beiden Krankheiten zuweilen nicht möglich. Weiteres darüber bei Gelegenheit der verworrenen Manie. Ueber die hyperkinetische Motilitätspsychose als Phase einer cyklischen Motilitätspsychose und über zeitweilig auftretende hyperkinetische Zustände im Verlauf einer totalen Motilitätspsychose werden wir später Näheres erfahren.

Die Prognose der Krankheit ist, wie ich im Widerspruch zu den meisten Autoren betonen muss, im Allgemeinen günstig zu stellen, indem die meisten Fälle bei sorgfältiger Behandlung nach einer Anzahl von Perioden in vollständige Heilung übergehen. Daran ändert auch die meist vorhandene hereditäre oder degenerative Veranlagung nichts. Entsprechend der vorangegangenen Schädlichkeit ist die

puerperal bedingte hyperkinetische Motilitätspsychose gewöhnlich von schwererem Verlauf als die menstruelle. Eine Brombehandlung, wie sie von Krafft-Ebing empfohlen worden ist, hat mir nie etwas Wesentliches geleistet, auch nicht in den Fällen von Menstrualpsychose. Im Uebrigen ist die specielle Aetiologie durchaus maassgebend für die Prognose, so dass die paralytische Form hier ebenso zum Blödsinn führt wie bei anderen paralytischen Psychosen. Dasselbe gilt für die Fälle hyperkinetischer Motilitätspsychose, die im Verlauf einer eigentlichen Hebephrenie oder einer anderen chronischen, hebephrenisch degenerativen Psychose auftreten. Die Gefahren der hyperkinetischen Motilitätspsychose sind hauptsächlich die Kräfteconsumtion in Folge der fortgesetzten Muskelanstrengungen und der stets vorhandenen Schlaflosigkeit, wozu häufig noch die erhebliche Erschwerung der Ernährung durch den continuirlichen Bewegungsdrang tritt. Plötzliche Collapszustände werden deshalb nicht selten beobachtet. Weiterhin sind es Verletzungen, die der Kranke sich bei seinen gewaltsamen Bewegungen zuzieht, und besonders die Schwierigkeit, eine aseptische Behandlung derartiger Verletzungen durchzuführen.

Die Behandlung kann nur in seltenen Fällen eine ätiologische sein. Ein Fall der Art ist mir erinnerlich, der dem Grenzgebiet unserer Krankheit und der verworrenen Manie entsprach. Es handelte sich um ein 15jähriges Mädchen, das noch nicht menstruirt war, aber wiederholt vasomotorische Symptome ernster Art geboten hatte. Die periodische Wiederkehr der Anfälle in etwa vierwöchentlichen Zeiten und die Beimischung vasomotorischer Symptome in den Anfällen veranlasste mich, in der dritten Intermission eine Application von Blutegeln an die Innenseite beider Oberschenkel zu verordnen, wodurch es in der That gelang, die erste Menstrualblutung herbeizuführen und weiteren Anfällen vorzubeugen. Das Mädchen ist seitdem (etwa acht Jahre lang) gesund geblieben. Die Anwendung von Narkoticis ist bei der hyperkinetischen Motilitätspsychose im Allgemeinen zu widerrathen. Besonders versagen fast alle Schlafmittel. Nur das Hyoscin scheint eine specifische Wirkung auf die motorisch begründete Hyperkinese zu haben, oft schon in überraschend kleinen Dosen von $^1/_4$—$^1/_2$ mg., als subcutane Injection applicirt. In Folge dieser beruhigenden Wirkung ist das Hyoscin auch das beste Schlafmittel für diese Fälle. Im Uebrigen ist Bettruhe, so weit sie durchführbar ist, und die Anwendung mehrstündiger, unter Umständen auch permanenter warmer Bäder meist von günstiger Wirkung. Anstaltsbehandlung dürfte nur sehr selten zu umgehen sein.

Dreiunddreissigste Vorlesung.

Verworrene Manie oder agitirte Verwirrtheit. Steigerung der intrapsychischen Hyperfunction zur Verwirrtheit. Verschiedene Grade der Ideenflucht. Zumischung sensorischer und motorischer Reizsymptome. Krankheitsbild. Die Amentia Meynert's. Asthenische Verwirrtheit als Phase der verworrenen Manie und als selbstständige Krankheit.

Meine Herren!

Unter verworrener Manie wollen wir ein Krankheitsbild anerkennen, welches in klinischer Beziehung als eine Steigerung, ein Wellengipfel der Manie imponirt und die äusseren Kennzeichen des Bewegungsdranges und eines auffälligen Rededranges mit verworrenem Inhalt darbietet, im Uebrigen aber, sobald man auf eine Analyse der einzelnen Symptome eingeht, sicher ganz verschiedenartige Bestandtheile enthalten kann. Entscheidend für unsere Betrachtungsweise ist also diesmal der praktische und klinische Gesichtspunkt, dass es sich um eine acute Psychose handelt, welche als Manie anfangen und aufhören kann, aber in der zeitlich oft weit überwiegenden Zwischenzeit der Krankheitshöhe gewisse typische Züge der Manie verliert und dafür allerlei fremdartige Beimischungen erhält, die, wie schon gesagt, wechselnder Art sein können. Zu denjenigen Kennzeichen des complicirten Krankheitsbildes, welches von der Manie her mit hinüber genommen werden, gehört hauptsächlich die Ideenflucht, der Rede- und Bewegungsdrang. Die fremdartigen Elemente, welche hinzutreten, bewegen sich in zwei Extremen, die sich zuweilen auch rein vorfinden, meist aber in Combinationen auftreten: sie sind entweder psychosensorische oder psychomotorische Identificationsstörungen, und zwar überwiegend Reizsymptome. Betrachtet man die verworrene Manie als selbstständige Krankheit, wie

in der That oft berechtigt ist, wenn das Anfangs- oder Endstadium der reinen Manie nur ganz kurz dauernd ist, so könnte man sie auch als agitirte Verwirrtheit kennzeichnen und als Unterarten davon die Verwirrtheit mit sensorischer und motorischer Agitation unterscheiden. Im ersteren Falle beruht die Agitation in einem wesentlich reactiven, d. h. auf sensorische Reizzustände zurückzuführenden Bewegungs- und Rededrange, im zweiten deckt sie sich mit den Erscheinungen einer hyperkinetischen Motilitätspsychose. In der grossen Majorität der Fälle trifft man auf Combinationen beider entgegengesetzten Erscheinungsreihen, von den selteneren extremen Fällen kommen hauptsächlich rein sensorische vor, rein hyperkinetische müssen noch fraglich bleiben.

Die vorstehenden kurzen Erfahrungssätze mögen Ihnen den Rahmen kennzeichnen, innerhalb dessen wir uns hier zu bewegen haben. Eine solche Grenzabsteckung ist deshalb erforderlich, weil Sie vielfach die Verwirrtheit unter der Bezeichnung primäre Verwirrtheit oder dissociative Verwirrtheit (Ziehen) als eigene Krankheit geschildert finden werden. Meist ist damit aber nur der jeweilige Zustand eines Kranken bezeichnet, dem gegenüber wir immer erst die Aufgabe haben, die einzelnen Elemente festzustellen, welche den Zustand der Verwirrtheit bedingen. Dabei werden wir mindestens den Anspruch erheben müssen, dass die Verwirrtheit als Reizsymptom, d. h. die mit Ideenflucht und Rededrang verknüpfte, principiell von dem entsprechenden Defectzustande der einfachen Incohärenz durch Sejunction (Dissociation) getrennt wird. Nur der erstere Fall könnte bei der uns jetzt beschäftigenden Aufgabe überhaupt in Betracht kommen.

Dass ich trotz dieser Schwierigkeit mich auf rein empirischem Boden bewege, können Sie daraus entnehmen, dass allgemein, mit einer in unserem Fache nur sehr seltenen Einmüthigkeit, der innere Zusammenhang der Manie mit der Verwirrtheit und der häufige Uebergang des einen Zustandes in den anderen angenommen und gelehrt wird. Ich verweise nur auf Meynert, der früher[1]) sogar so weit ging, dass er jede von uns als Manie zu bezeichnende acute Psychose aus einem Zustande von Verwirrtheit durch associative Schwäche, dem meisterhaft von ihm analysirten Krankheitsbilde der Amentia, hervorgehen liess, während er später unter Manie Krankheitsfälle gezeichnet hat, die von unserer reinen Manie nicht unwesentlich abweichen. Es gehört zu dem Tiefsten, was je über

1) d. h. vor dem Erscheinen seiner klinischen Vorlesungen.

psychologische Fragen von einem Denker geschrieben worden ist, was Meynert bei dieser Gelegenheit über Ideenflucht und associative Schwäche aussagt. Ohne dass ich im Stande bin, ihm vollständig zu folgen, möchte ich doch versuchen, den Kernpunkt davon herauszuschälen und für unseren Gegenstand nutzbar zu machen. Meine oben zu kurz gefassten Bemerkungen über die Ideenflucht der Manie sollen dadurch vervollständigt werden. Ich sehe davon ab, dass eine vasomotorische Fluxion oder functionelle Hyperämie, eine Folge nutritiver Attraction, wie Meynert sich ausdrückt, der Thätigkeit der Associationsfasern, die dem geschlossenen Gedankengange zwischen der Ausgangsvorstellung, „Angriffsvorstellung" Meynert's, und Zielvorstellung entsprechen, zu Grunde liegen sollen. Für unseren Zweck können wir von vasomotorischen Einflüssen absehen und uns damit begnügen, dass auch nach Meynert der geschlossene Gedankengang ein functioneller Erwerb ist und auf eine allerfeinste Localisation in ganz bestimmten anatomischen Elementen hinweist. Wir rechnen mit der Thatsache der durch Uebung ausgeschliffenen Bahnen, welche in Folge dessen leichter ansprechen und im Vergleich zu den anderen übererregbar geworden sind. Die von uns angenommene Ueberwerthigkeit gewisser Vorstellungen und der geschlossene Gedankengang bewahren auch nach Meynert's Darstellung[1]) einen gewissen inneren Zusammenhang. Die Associationsmasse, welche innerhalb des geordneten Denkvorganges spielt, kennzeichnet Meynert als „gross, weit verzweigt, langläufig, tief und stark angeordnet" und findet den Gegensatz dazu in den einfach coordinirten „nahen, kurzen, unverzweigten, schwach und flach angeordneten, ziellosen" Associationen. „Der Associationsintensität entspricht als Kraftquelle die moleculäre Gewebsattraction. Die Bogenfasermassen, innerhalb deren im Denkacte zwei Kraftquellen, die der Ziel- und Angriffsvorstellung, auf einander gleichsam zielen, erlangen lebendige Kraft zur Erhebung über die Schwelle des Bewusstseins immer von zwei ideal einheitlichen Rindengebieten her, die Nebenassociation aber nur von einem dieser Gebiete, dem der Zielvorstellung oder der Angriffsvorstellung aus, je nachdem z. B. auf deren Wortbild der Reim passt. Die functionelle Attraction ist also hier die schwächere und wird von der stärkeren gehemmt." Was hier Gewebsattraction genannt ist, bezeichnen wir wieder als gesteigerte Erregbarkeit. Sieht man von solchen functionellen Verschiedenheiten der Erregbarkeit bei den Leistungen des Associationsorganes ab, so

1) Klinische Vorlesungen über Psychiatrie p. 43.

tritt gewissermaassen der jungfräuliche Zustand des kindlichen Gehirns („genetische Verwirrtheit“ Meynert's) wieder ein, bei welchem jede beliebige Association möglich ist und zeitweilig festgehalten werden kann, weil anatomisch präformirte Verbindungen zwischen je zwei beliebigen Rindenstellen vorhanden sind. Die verschiedenen Grade der Ideenflucht werden sich also dann bis zu einem höchsten Grade, der sich für uns als Zusammenhangslosigkeit oder Incohärenz darstellt, steigern können, wenn in Folge von gleichmässiger allgemeiner Steigerung der Erregbarkeit die individuellen Unterschiede zwischen verschiedenen Associationsbahnen hochgradig verwischt sind. Diese aus einer Steigerung der Manie hervorgehende Verwirrtheit haben wir hier im Auge, wenn wir das Krankheitsbild der verworrenen Manie anerkennen. Maassgebend dafür ist der offenbar vorhandene Reizzustand, der auch in dem Rede- und Bewegungsdrange zum Vorschein kommt, und das Fehlen eines wirklichen Defects, d. h. der Associationslösung. Deshalb bleiben die Kranken durch Anregung von aussen her, gleichsam durch den gegebenen Kraftzuwachs, auf Momente fixirbar und selbst complicirteren Gedankengängen gelegentlich zugänglich. Mit anderen Worten: der früher erworbene Bewusstseinsinhalt bleibt im Wesentlichen unberührt.

Wir müssen dabei wieder auf den Unterschied von Bewusstseinsthätigkeit und Bewusstseinsinhalt zurückkommen. Besteht doch jede Ordnung in dem Bewusstseinsinhalt ebenfalls in durch Uebung erworbenen Abstufungen der Erregbarkeit, mit deren gänzlichem Schwinden der Bewusstseinsinhalt in seine allereinfachsten Elemente, d. h. in Bruchstücke zerfallen müsste. Die nächste Folge davon müsste eine totale Desorientirung in allen drei Bewusstseinsgebieten sein, und diese müsste ebenso in dem Inhalt des Rededranges als in der Art, wie der Kranke seinen Bewegungsdrang äussert, zum Vorschein kommen. In der verworrenen Manie verlangen wir aber, dass die Nivellirung der Vorstellungen nicht über das autopsychische Gebiet hinausgeht, hinsichtlich der Aussenwelt und der Körperlichkeit dürfen keine eigentlichen Defecterscheinungen hervortreten. Aber selbst auf autopsychischem Gebiete werden wir diejenigen Zustände sogen. Verwirrtheit, bei denen eigentliche Defecte des Bewusstseinsinhaltes reactiv nachweisbar sind, z. B. die Uhr nicht mehr richtig erkannt wird oder verschiedene Münzsorten nicht mehr zusammengezählt werden können, trotz dazu ausreichender Aufmerksamkeit, nicht mehr zur verworrenen Manie rechnen, sondern unter schwerere Krankheitsbilder rubriciren müssen.

Mit einem Wort, wir müssen versuchen, das klinische Krank-

heitsbild der verworrenen Manie auf solche Fälle einzuschränken, die nicht nur in ihrem Verlauf den inneren Zusammenhang mit der Manie thatsächlich erweisen, sondern auch dem Grade der Verworrenheit nach als einfache Steigerung intrapsychischer Hyperfunction erscheinen, d. h. bei denen die Incohärenz, mag sie noch so hochgradig sein, vorwiegend eine formale Störung bleibt und schwerere Defectzustände des Bewusstseinsinhaltes nicht zur Folge hat. Den Beweis, dass solche Defecte nicht vorliegen, werden wir darin erblicken, dass es gelegentlich gelingt, reactive Aeusserungen von den Patienten zu entlocken, welche die erhaltene Möglichkeit eines geordneten Gedankenganges, wenn auch nur ausnahmsweise und bei besonderem Antrieb der Aufmerksamkeit, d. h. durch den Einfluss desjenigen Vorganges, den Meynert partielles Wachen nennt, beweisen. Die Incohärenz der Ideenflucht in dem spontanen Rededrange der Kranken allein gestattet also noch kein näheres Urtheil. Aber selbst die reactiven Aeusserungen der Kranken werden nur dann richtig beurtheilt werden, wenn man mit der Thatsache der fortwährenden Ablenkung der Kranken durch innere Reize rechnet.

Recapituliren wir nach dem Gesagten, was wir über die Ideenflucht als Ausdruck intrapsychischer Hyperfunction behaupten können, so sind drei Grade davon zu unterscheiden. Der erste und zweite, die geordnete und die ungeordnete Ideenflucht, sind beide der Manie eigenthümlich und durch die begleitende krankhafte Euphorie noch näher bestimmt. Ausser dem erhalten gebliebenen geschlossenen Gedankengange hat die geordnete Ideenflucht noch das Kennzeichen, dass sie wesentlich nach dem Inhalt associirt, während die ungeordnete durch Aehnlichkeit des Wortklanges, Reime, Assonanzen, Reihenbildungen u. dergl. mehr bestimmt wird. In der incohärenten oder der Ideenflucht dritten Grades, welche die verworrene Manie charakterisirt, spielen ebenfalls Wortähnlichkeit und Reihenbildungen eine grosse Rolle, sie kann aber auch so weit gehen, dass jeder verständliche Zusammenhang der auf einander folgenden, im Rededrang vorgebrachten Wörter oder auch nur Bruchstücke von Wörtern für uns verloren geht. Ein Beispiel ungeordneter Ideenflucht ist einer späteren Demonstration[1]) unseres Falles von Manie, Fräulein P. entnommen. Auf meine Frage an die Patientin: „War denn Ihre Aufnahme nöthig?" erwiderte sie wörtlich: „War es denn nöthig, Herr Professor? Bin ich denn das Mädchen von Wahrendorf? Waren Sie denn im Dorf oder in der Stadt? Sind Sie im Dorf

1) Vgl. meine „Krankenvorstellungen" Fall 5 H. 1.

erzogen, bezogen, verzogen? oder sind Sie ein Reliquienstück, oder was sind Sie eigentlich oder welches Stück wollen Sie haben? Eine Rippe, Leber, ein Paar Füsse oder ein paar Eisbeine, eine Sülze, he, vielleicht eine Sülze? Ein Bisschen Gallert vielleicht?" In diesem Beispiel grenzt nur der Sprung zu dem Reliquienstück an Incohärenz, während wir im Uebrigen dem Mechanismus der Ideenverbindung gut zu folgen im Stande sind.

Meine Herren! Die verworrene Manie in unserem eng gefassten Sinne kommt in seltenen Fällen als Akme eines Einzelfalles von reiner Manie vor und ist dann gewöhnlich nur von kurzer, gegen die reine Manie zurücktretender Dauer. Viel häufiger trifft man sie bei der recidivirenden Manie und ganz besonders in Fällen von periodischer Manie, d. h. solche, in denen die Recidive in wirklichen Perioden auf einander folgen. Am häufigsten begegnet man der menstruell bedingten, gewöhnlich prämenstruell einsetzenden periodischen Manie, welche geradezu als Typus der periodischen Manie überhaupt gelten kann. Als Beispiel einer unregelmässig recidivirenden verworrenen Manie rufe ich Ihnen den Fall des 37jährigen, vor einiger Zeit vorgestellten Fräulein F. ins Gedächtniss zurück, die schon den 23. Anfall seit ihrem 20. Jahre durchmachte und jetzt dauernd in einer Pflegeanstalt der Provinz gehalten wird, wo sie noch am meisten von Recidiven verschont bleibt. Zur Zeit der Vorstellung war sie anscheinend in heiterster, zugleich aber gereizter Stimmung, kam aus dem Lachen nicht heraus, überschüttete mich dann wieder mit Vorwürfen, producirte einen kaum zu unterbrechenden Redestrom und schien in ihrem Rededrang, so unverständlich derselbe war, doch noch zum Theil durch Aehnlichkeiten des Inhaltes bestimmt. Ihr Bewegungsdrang äusserte sich überwiegend in gesteigerten Expressivbewegungen, die zum Theil ihren Unwillen gegen mich zum Ausdruck brachten. Die Arme in die Seiten gestemmt, den Oberkörper vorgebeugt wie ein keifendes Hökerweib, schnitt sie mir allerhand Fratzen, blökte die Zunge heraus, näherte sich bald, bald wich sie wieder zurück, kurz, führte eine Art häuslicher Scene mit mir auf, wobei sie auch mit unflätigen Schimpfreden nicht sparte. Dabei schien sie Ort und Person richtig zu erkennen, ihr Verhalten aber schien durch irgend welche Grössenideen bestimmt, ohne dass der wirre Rededrang näheren Aufschluss darüber gab. Für gewöhnlich isolirt, erwies sich die Kranke auch sonst für eine Exploration unzugänglich. Sie streifte die Kleider ab und war meist nackt anzutreffen, war unsauber, schmierte mit den Speisen, wies dieselben zum Theil zurück,

zeigte gelegentlich Annäherungsfurcht. Auffällig war gelegentliches Singen unter sichtlicher Anstrengung, da Patientin durch ihren Rededrang heiser geworden war, ferner vielfache zwecklose Bewegungen, wie z. B. gewaltsames Händeklatschen und eigenthümlich windende Rumpfbewegungen. Dieser Zustand hatte sich im Laufe weniger Tage aus einem reinen Bilde von Manie entwickelt, hielt etwa 14 Tage an und klang dann allmählich in einen Zustand von Beruhigung, aber auch Erschöpfung ab, nach welchem die Kranke im Stande war, geordnete Auskunft zu ertheilen. Sie erinnern sich, welchen erstaunlichen, von uns nicht geahnten Inhalt ihrer Erlebnisse die Kranke producirte. Sie fühlte sich von übernatürlicher Kraft und einem Glücksgefühl erfüllt, das nur zeitweilig ängstlichen Vorstellungen wich. Die Kraft aller abgeschiedenen Seelen war in ihr, eine Fülle von Gedanken drängte sie zum Reden. Die Situation schien ihr bald die Zeit der Auferstehung, bald ein Religionskrieg zu sein, sie glaubte sich berufen, durch ihr Eingreifen den Kampf zwischen Guten und Bösen zu entscheiden. Ihre augenblicklichen Erlebnisse schienen ihr gewissen Prophezeiungen der Bibel zu entsprechen. Unzählige Stimmen von Angehörigen, früheren Zöglingen und deren Müttern, die sie alle am Stimmklang erkannte, standen ihr unsichtbar zur Seite, um für sie zu streiten. Sie sah Verstorbene als Todtengerippe, die sich bewegten, ausserdem schwarze Gestalten, wie sie nie vorher gesehen hatte. Alle diese konnten ihr nichts anhaben. Ueber den Ort, wo sie sich befand, war sie sich vollständig klar, doch sah sie auch den Himmel und vergrösserte Sterne, sah Engel, konnte mit der Hand in den Himmel langen. Andererseits sah sie oft ein ganz fremdes Land vor sich, einen unbekannten Theil der Erde, wahrscheinlich den Ort der Bösen. In Mitkranken glaubte sie Angehörige zu erkennen. Aerzte und Wartepersonal, an sich zwar als solche erkannt, waren Vertreter des Bösen, mich glaubte sie an der Spitze der Ungläubigen, um gegen sie zu kämpfen, ich wollte ihre Brüder umbringen. Auch Ihnen, meine Herren, legte sie eine kriegerische Bedeutung bei. In der Nahrung glaubte sie oft Gift enthalten. Zuweilen hatte sie Angst und musste singen. Ihre Bewegungen kamen daher, dass sie eine Schlange in ihrem Körper fühlte, deren Kopf in dem ihrigen steckte. Wenn sie die Augen schloss, sah sie die Schlange, sie war dünn und hatte glänzende Glieder. Sie steckte öfter Semmel in die Ohren, um die Schlange damit zu ernähren. Die Kleider streifte sie ab, weil sie giftig durch Berührung mit der Schlange waren. Die Schlange ging eines Tages mit dem Stuhl ab, dann trat Beruhigung ein. Zur Nahrung für die

Schlange goss sie Milch ins Closet. Die Schlange war die Schlange Eva's und bedeutete die Erbsünde. Durch Suggestivfragen liess sich noch ermitteln, dass Patientin die Jungfrau Maria und vom heiligen Geist schwanger zu sein glaubte.

Schon zur Zeit dieser Mittheilungen bestand volle Krankheitseinsicht, und Patientin blieb dann längere Zeit von Recidiven verschont. Uebrigens waren die Recidive mehrfach stellvertretende Melancholien gewesen. Der Zusammenhang dieses Krankheitsbildes mit der Manie ist evident, wenn auch nur der Beginn des Recidivs, nicht das Ende desselben der Manie entsprach, so waren doch frühere Anfälle der Krankheit, besonders die ersten, die sich mit der Menstruation einstellten, reine Manien. Eine eigentliche Desorientirung auf allopsychischem Gebiete kam nie zu Stande, auf autopsychischem Gebiete trug sie den bei der Manie verständlichen Charakter des Grössenwahns — religiös gefärbt, wie es der Persönlichkeit der Kranken entsprach —, auf somatopsychischem Gebiete handelte es sich wesentlich um abnorme Sensationen, vielleicht mit menstruellen Vorgängen zusammenhängend, und um einen Erklärungswahn für die pseudospontanen Bewegungen besonders des Rumpfes. Dass dieser Erklärungswahn die Form einer Sensation und einer Vision annahm, findet anderwärts reichliche Analogien.

Ein anderes Beispiel verworrener Manie, an das ich Sie erinnere, war der Fall des Fräulein B., eine periodische Menstrualpsychose, die sich im Ganzen sechsmal wiederholt hat, dann aber abgeklungen und seit nun mehr als vier Jahren nicht wiedergekehrt ist. Die Regelmässigkeit, womit die maniakalischen Anfälle jedesmal die bevorstehende Menstruation ankündigten, und die verbreitete Lehrmeinung von der Unheilbarkeit solcher Fälle hatte uns damals veranlasst, die Entfernung der Ovarien als Heilmittel in Aussicht zu nehmen, ein Vorhaben, das wesentlich an dem Widerstand der Angehörigen scheiterte. Jetzt ist die Kranke ohne einen solchen Eingriff geheilt, und ich hoffe dauernd geheilt, denn ich habe wiederholt die gleiche Erfahrung gemacht, dass die periodische Manie, in unserem Sinne verstanden, sich nach einer wechselnden, von drei bis acht Anfällen schwankenden Zahl der Recidive von selbst erschöpft, wie die periodisch wiederkehrende hyperkinetische Motilitätspsychose. Zur Zeit der Vorstellung, im zweiten Anfalle, zeigte die Kranke überwiegend ein maniakalisches Bild: wirren Rededrang durch incohärente Ideenflucht, aber nur mässigen Bewegungsdrang, jedoch sehr wechselnde Stimmung, oft plötzlichen Umschlag in Traurigkeit oder Angst, sicher auch ängstliche Phoneme. Ausserdem waren

hyperkinetische Symptome mehr als in dem vorigen Falle beigemischt, namentlich in Expressivbewegungen der Angst und Verzweiflung, unmotivirtem Erheben der Stimme u. dergl. mehr bestehend. Ausserdem bestand sehr ausgeprägte Hypermetamorphose. Die Heilung vollzog sich in diesem Falle dadurch, dass die letzten Anfälle mehr das Bild der reinen Manie gewannen, während der erste Anfall noch mehr als der eben geschilderte zweite das überwiegende Gepräge einer hyperkinetischen Motilitätspsychose getragen hatte. Die allopsychische Orientirung blieb in diesem Falle vollständig intact. Aehnlich gestaltete sich der Verlauf einer periodischen Puerperalmanie der Frau Cz., die ich Ihnen seiner Zeit in ihrem fünften Anfall vorgestellt habe. Incohärente Ideenflucht bei gelegentlichen schlagfertigen Antworten, ausgelassene, gehobene Stimmung und entsprechend gesteigerte Expressivbewegungen, Thätigkeitsdrang, durch Zerreissen und Schmieren geäussert, ungenirtes Wesen, dazu eine Beimischung von motorischer Hyperkinese, Geriren als Chansonettensängerin und Hypermetamorphose bildeten die Hauptzüge des Krankheitsbildes. Die vorhergehenden Anfälle hatten mehr das Bild der hyperkinetischen Motilitätspsychose geboten, der nachfolgende sechste und letzte war noch reiner maniakalisch und führte zu dauernder Restitution, allerdings erst, nachdem noch ein Stadium der Erschöpfung überwunden war; auch diese Kranke blieb immer vollkommen allopsychisch orientirt.

Die verworrene Manie in dem Sinne, den wir mit dem Namen verknüpfen, umfasst auch von der sogenannten periodischen Manie durchaus nicht alle Fälle. Ziemlich häufig entsprechen die Anfälle periodischer Manie zwar im Uebrigen dem vorgezeichneten Krankheitsbilde, es ist aber ausserdem noch eine allopsychische Desorientirung vorhanden, die sich in Unkenntniss oder Verkennung des Ortes, der Situation und Personen, oft sogar der Gegenstände äussert. Dass eine solche allopsychische Desorientirung an sich nicht nothwendig aus einer selbst hochgradigen Incohärenz der Ideenflucht zu folgen braucht, lehren die soeben berichteten drei Krankheitsfälle. Wir werden deshalb richtig verfahren, wenn wir solche Fälle nicht als verworrene Manie auffassen, sondern als periodische maniakalische Allopsychosen — oft sind es auch totale sensorische Psychosen — unterscheiden.

Meine Herren! Gestatten Sie mir bei dieser Gelegenheit einige Bemerkungen über das von Meynert entworfene Krankheitsbild der Amentia oder acuten Verwirrtheit. Ich habe wiederholt hervorgehoben, welche grosse Bedeutung ich den klinischen Vorlesungen

Meynert's beimesse, sie haben nach meiner Ansicht erst die Grundlage für ein tieferes Verständniss der Symptomatologie der acuten Geisteskrankheiten geschaffen. Aber es muss ausdrücklich hervorgehoben werden, dass auch Meynert dem allgemeinen Schicksal der Autoren, welche bestimmte Gebiete unserer Disciplin monographisch bearbeitet haben, unterlegen ist, er hat unter Amentia eine ganze Anzahl von acuten Psychosen zusammengefasst, die von einander grundverschieden sind. Dies findet sich schon in der Ueberschrift des betreffenden Abschnittes angedeutet, da wir die Bezeichnungen: „acuter Wahnsinn, allgemeiner Wahnsinn, Manie Tobsucht, Melancholie mit Aufregung, Melancholie mit Stumpfsinn der Autoren“ als Synonyma der Amentia angegeben finden. Thatsächlich werden Sie aber auch die transitorischen Psychosen, die sogenannten Dämmerzustände und Anderes mehr in diesem Capitel abgehandelt finden. Ausser der Amentia unterscheidet denn auch Meynert nur noch die Melancholie und die Manie als besondere acute Psychosen. Dennoch ist gerade das Capitel der Amentia für alle Zeiten von bleibendem Werth und bedeutet wohl den grössten Fortschritt, den die Psychiatrie seit Kahlbaum's Arbeit über die Katatonie in klinischer Beziehung gemacht hat, denn sie enthält die erste eigentliche Theorie der Geisteskrankheiten und besonders der acuten Psychosen, und zwar begründet auf Gesichtspunkte, die durchaus von der Beschaffenheit des erkrankten Organs hergeleitet sind. Wie sehr sich Meynert dem Standpunkte nähert, den ich hier in diesen Demonstrationen immer vertreten habe, mögen Sie daraus entnehmen, dass auch er die Symptome des Functionsausfalls, der Associationsschwäche verschiedenen Grades, überall in den Vordergrund stellt und die Symptome der Reizung als eine Folge davon betrachtet, ganz wie ich die Sejunction als den Grundvorgang hingestellt und die Reizerscheinungen davon abgeleitet habe. Wenn ich in der Durchführung dieses Princips im Einzelnen vielfach von Meynert abgewichen bin, so wird erst die Zukunft zeigen, inwieweit dies berechtigt und durch den Respect vor den klinischen Thatsachen unbedingt geboten war. Ich möchte nur ausdrücklich betonen, dass die Amentia von Meynert nach seiner eigenen Darstellung alle diejenigen Krankheitsfälle umfassen kann, welche ich als acute Autopsychosen, Allopsychosen, Somatopsychosen, Motilitätspsychosen und Combinationen unter denselben geschildert habe, und dass man vom klinischen Standpunkt genöthigt ist, entsprechende Grade der Associationsschwäche im Sinne Meynert's zu postuliren. Man kann sich den Sachverhalt so

vorstellen, dass die festesten Associationsverbindungen im Gebiete des Bewusstseins der Körperlichkeit gegeben sind, die nächst festen im Bewusstsein der Aussenwelt und die losesten, zugleich spätest erworbenen und individuell verschiedensten, im Bewusstsein der Persönlichkeit. Dem entsprechend würde ein gleiches Maass von Schädlichkeit oder nach Meynert's Auffassung von allgemeiner Associationsschwäche zuerst immer auf dem autopsychischen Gebiete und erst in zweiter und dritter Linie auf allopsychischem und somatopsychischem sich geltend machen und in die Erscheinung treten. Fasst man das Phänomen der Verwirrtheit für sich allein ins Auge, so würde diese Vorstellung einigermaassen den Thatsachen entsprechen.

Meine Herren! Ein Krankheitsbild der primären Verwirrtheit, wobei die Verwirrtheit in einem Defectzustand, einer eigentlichen Incohärenz besteht, vermag ich nur in beschränktem Maasse anzuerkennen. Als Kennzeichen dafür müssten wir die nachweisliche Erschöpfbarkeit der Gedankenthätigkeit bei entweder überhaupt fehlender Ideenflucht oder in Zeiten von fehlender Ideenflucht betrachten. Ganz zweifellos giebt es solche Zustände, in denen die Kranken zwar gelegentlich und auf Augenblicke zu fixiren und zu Reactivbewegungen bezw. Aeusserungen zu veranlassen sind, aber immer nur zu solchen einfachster Art und auf intensives Drängen, durch eine Art von Anpeitschen der Aufmerksamkeit. Die Incohärenz in den spontanen Aeusserungen dieser Kranken zeigt sich unabhängig von Rede- und Bewegungsdrang. Complicirtere Fragen oder Aufträge bleiben sichtlich unverstanden, ohne dass eine Herabsetzung des Sensoriums daran schuld ist. Diese Kranken pflegen immer auch allopsychisch desorientirt zu sein. Erhebliche Affecte fehlen dabei. In Folge des sichtlichen Versagens der Associationsthätigkeit, so dass es scheint, als ob der anregende Reiz nur schwer oder gar nicht bis zu entfernteren Gliedern der Associationskette fortgeleitet werden könnte, und um den Gegensatz zur agitirten Verwirrtheit auszudrücken, könnte man diese Zustände als asthenische Verwirrtheit bezeichnen. Thatsächlich kommen sie auch meist in Begleitung anderer Schwächesymptome, wie einer nur schwer zu fixirenden Aufmerksamkeit, erheblicher Herabsetzung der Merkfähigkeit, allgemeiner Körperschwäche und reducirten Ernährungszustandes vor. Ein solches Bild asthenischer Verwirrtheit, das noch von allerlei sensorischen Reizsymptomen begleitet sein kann, ist nicht selten als Folgezustand nach anderen acuten erschöpfenden Psychosen oder Phasen von solchen anzutreffen, aber von primärer Verwirrtheit wird man dabei unmöglich reden können.

Meine Herren! Wenn wir, um den Thatsachen der Klinik gerecht zu werden, ein selbstständiges Krankheitsbild der verworrenen Manie anerkennen mussten und gefunden haben, dass ihr wesentliches Kennzeichen in einer Steigerung der intrapsychischen Hyperfunction zu incohärenter Ideenflucht zu erblicken ist, so werden wir es nicht als Zufall betrachten können, dass solche Zustände mit Vorliebe nach besonders schweren Anfällen der verworrenen Manie oder agitirten Verwirrtheit auftreten. Für diese Fälle möchte ich den von Meynert geschilderten höchsten Grad der Associationsschwäche, den er mit der genetischen Verwirrtheit (s. oben) vergleicht, in Anspruch nehmen. In zwei Fällen der Art, über welche genauere Notizen vorliegen, zeigte dieser auch durch körperliche Hinfälligkeit als asthenisch gekennzeichnete Zustand folgende gemeinschaftliche Merkmale: vollständige Beruhigung, affectlose Gemüthsverfassung, nur gelegentlich noch unmotivirtes Grimassiren. Ausfall spontaner Aeusserungen oder Bewegungen. Einfache Aufträge, wie die Hand heben, die Zunge zu zeigen, aufzustehen u. dergl. mehr werden verstanden und befolgt. Ebenso einfache Fragen nach Namen, Alter und anderen Personalien ohne Verlangsamung beantwortet. Darüber hinausgehende, irgend eine Combination erfordernde Aufgaben können dagegen nicht geleistet werden. Beispielsweise wird wohl die Zahl, auf welcher der kleine und der grosse Zeiger der Uhr steht, richtig genannt, die Zeit aber daraus nicht erkannt. Geldstücke werden richtig bezeichnet und der Zahl nach richtig zusammengezählt, können aber nicht nach dem Werthe zusammengezählt werden. Ein einfacher, den Kranken genau bekannter Weg durch verschiedene Strassen kann nicht geschildert werden u. dergl. mehr. Dabei gelingt das Aufzählen von Reihenassociationen oder einfachem Gedächtnissmaterial, wie dem Vaterunser u. dergl. ganz gut. Die Aufmerksamkeit ist verhältnissmässig gut, die Merkfähigkeit ganz schlecht. Ort und Situation werden nicht erkannt, ebenso wenig Personen, die von der Krankheitszeit her bekannt sein mussten. Dies geht so weit, dass beispielsweise der Arzt zweifelnd als Mutter in Anspruch genommen wird, während später, bei Nachlass des Schwächezustandes, andere näher liegende Verkennungen bevorzugt werden. Dabei keinerlei subjectives Insufficienzgefühl, selbst nicht einmal das genügende Gefühl für die körperliche Schwäche, keine Krankheitseinsicht für den überstandenen maniakalischen Anfall. Für letzteren zum grossen Theil Amnesie. Was den zeitlichen Ablauf dieses Schwächezustandes anbetrifft, so bestand er in hohem Grade nur wenige Tage und führte dann allmählich zur Restitution,

gleichzeitig mit Zunahme der Kräfte und des Körpergewichts. Freilich dauerte auch der Zustand anscheinender Genesung nur wenige Tage, weil dann ganz acut ein Recidiv auftrat. Bei der schon oben erwähnten Menstrualpsychose des Fräulein B. traten nach dem ersten und zweiten Recidiv die geschilderten Erschöpfungszustände auf, beide Male in fast identischer Weise.

Es liegt nahe, die allopsychische Desorientirung in einem solchen Falle als Erschöpfungssymptom zu deuten, in einem Gebiete des Bewusstseinsinhaltes auftretend, welches vorher lebhafte Reizzustände in Form von Hallucinationen gezeigt hatte, so dass die Identificationsstörung, die psychosensorische Parästhesie und Anästhesie auf mangelnde Erregbarkeit des allopsychischen Bewusstseinsinhaltes zurückzuführen wäre. Jedenfalls wird man berechtigt sein, die nachweisliche Associationsschwäche als einen Erschöpfungszustand der intrapsychischen Bahnen, als einen Umschlag der gesteigerten Erregbarkeit in eine Herabsetzung der Erregbarkeit aufzufassen. Damit würde sich die von Meynert[1]) postulirte Associationsschwäche nicht als der Manie selbst zugehörig, sondern als ein Folgezustand der Manie, der nur bei ungewöhnlicher Höhe des krankhaften Vorganges resultirt, herausstellen.

Meine Herren! Die innere Zusammengehörigkeit solcher, wie Sie gesehen haben, nicht selbstständiger Krankheitsbilder, sondern Erschöpfungsstadien mit der verworrenen Manie glaube ich sicher vertreten zu können. Weniger sicher ist der Boden, auf dem ich mich bewege, wenn ich eine primäre asthenische Verwirrtheit anerkenne, die als selbstständige mehrmonatliche Krankheit auftritt und zu vollständiger Heilung führen kann. In einem Falle der Art fanden sich die Hauptkennzeichen des vorher geschilderten Erschöpfungszustandes, nämlich ein gewisser Ausfall an Spontaneität, das Versagen der Gedankenthätigkeit bei complicirteren Anforderungen, eine auf Anpeitschen zwar erhaltene Aufmerksamkeit, aber ganz schlechte Merkfähigkeit und zugleich allopsychische Desorientirung, einhergehend mit motorischen und sensorischen Reizsymptomen mässiger Art, d. h. pseudospontanen Bewegungen, die monoton, aber nicht rhythmisch auftraten, Phonemen und Hypermetamorphose. Erhebliche Affecte fehlten. Der Verlauf war remittirend, auf der Krankheitshöhe für einige Tage auch mit akinetischen Symptomen verbunden. Der Kranke, ein 20jähriger, noch wenig entwickelter Jüngling, hat seit vier Jahren noch keinen Rückfall gehabt. Ich

1) S. oben S. 395.

möchte mich darauf beschränken, derartige Fälle hier zu erwähnen und zu betonen, dass man nur genau den gleichen Symptomencomplex als acute primäre asthenische Verwirrtheit bezeichnen und verstehen sollte.

Meine Herren! Zur Abgrenzung solcher Fälle wird es gut sein, an die alte, besonders von Kahlbaum durchgeführte Unterscheidung von Habitualformen und eigentlichen Krankheiten zu erinnern. Der oben geschilderte Erschöpfungszustand ist ersichtlich nicht als eigene Krankheit aufzufassen, sondern zeigt uns die asthenische Verwirrtheit als Habitualform oder, wie es neuerdings vielfach genannt wird, als Zustandsbild. Fälle der letzt geschilderten Art sind dagegen Beispiele einer selbstständig und primär auftretenden, allerdings in dem Zustande der asthenischen Verwirrtheit sich erschöpfenden Krankheit.

Der Zustand oder die Habitualform der asthenischen Verwirrtheit könnte auch weiter gefasst werden, als es hier geschehen ist. Besonders läge es nahe, auch Fälle von Associationsschwäche mit autopsychischen und allopsychischen Ausfallserscheinungen ohne irgend welche motorische Reizsymptome (also asthenische Autallopsychosen) hierher zu rechnen, welche ich wiederholt bei ganz acut erkrankten jungen Mädchen beobachtet habe, übrigens sämmtlich mit Ausgang in vollständige Genesung, wenn auch erst nach länger dauerndem paranoischen Zustande. Diese Fälle hatten jedoch das Besondere, dass im Gegensatz zu einer verhältnissmässig schwer zu fesselnden Aufmerksamkeit die Merkfähigkeit überraschend gut war.

Vierunddreissigste Vorlesung.

Beispiele von akinetischer Motilitätspsychose. Allgemeine Regungslosigkeit. Negativismus. Flexibilitas cerea. Muskelstarre. Verharren in Stellungen. Parakinetisches Verhalten beim Stehen und Gehen. Verbigeriren. Pseudo-Flexibilitas. Verhalten des Sensoriums. Katalepsie. Melancholia attonita oder cum stupore, Katatonie Kahlbaum's. Krankheitsverlauf. Ausgänge.

Meine Herren!

Jeder verbreitete Ausfall von Motilität oder mit anderen Worten alle Zustände allgemeiner Regungslosigkeit bringen es mit sich, dass wir über die inneren Vorgänge, den Gemüthszustand und die etwa stattfindende Gedankenthätigkeit des Kranken nichts erfahren können. Auch der Gesichtsausdruck lässt hier im Stich, denn die Akinese erstreckt sich oft auch über diesen Theil der Expressivbewegungen, so dass ein direct blödsinniger Ausdruck das Ergebniss der Ausdruckslosigkeit sein kann. In Folge dieser Umstände ist es nicht möglich, Ihnen einen reinen Fall von akinetischer Motilitätspsychose aus der Klinik vorzustellen, oder es lässt sich wenigstens nicht mit Sicherheit behaupten, dass der Fall rein sei, ehe der Kranke aus dem regungslosen Zustande wieder zu sich gekommen und im Stande ist, über sein Inneres Auskunft zu geben. Diese missliche Lage ist natürlich nur die Folge unserer unzureichenden Kenntnisse auf diesem Gebiete, und wir dürfen die Hoffnung nicht aufgeben, dass es uns später gelingen wird, rein akinetische Zustände schon zur Zeit der noch bestehenden Regungslosigkeit an bestimmten ihnen anhaftenden Kennzeichen zu erkennen. Vorläufig aber muss ich mich darauf beschränken, einige Beispiele von akinetischer Motilitätspsychose so herauszugreifen, wie sie am besten für den Lehrzweck nutzbar gemacht werden können. Am passendsten dürfte für diesen Zweck der Bericht über die Krankenvorstellung der Frau K.[1]) sein, welche ich Ihnen schon einmal im Nachlass einer hyperkinetischen Motilitätspsychose vorgestellt habe. Die Kranke ist dann in einen

---

1) Vgl. S. 371 ff.

Zustand allgemeiner Regungslosigkeit verfallen, der, nur von kürzeren Zeiten der Hyperkinese unterbrochen, sich als dauernd herausgestellt hat und noch augenblicklich besteht, während schon ein erheblicher Kräfteverfall einen nahen ungünstigen Ausgang anzeigt. Es handelt sich also um die akinetische Phase einer cyklischen Motilitätspsychose, bei der freilich in beiden Phasen mehr als ausschliesslich die Motilität erkrankt ist. Der Bericht über die Krankendemonstration lautet wie folgt:

Die Patientin wird im Tragbette hereingebracht und vor das Auditorium hingestellt.

Verhalten der sich selbst überlassenen Kranken: Sie befindet sich im Bette in Rückenlage, der Kopf ist durch ein untergeschobenes Kissen etwas erhöht. Die Augen sind starr, ohne zu fixiren, in's Leere gerichtet, der Lidschlag ist selten. Die Gesichtszüge sind unbelebt, einem Erschöpfungszustande entsprechend, etwas entstellt durch halbgeöffneten Mund und herabgezogene Mundwinkel.

Verhalten gegen äussere Reize: Als die Patientin wiederholt und laut mit ihrem Namen angerufen, ja sogar am Arm gefasst wird, beobachtet man als einzige Reaction an ihr ein Häufigerwerden des Lidschlages. Die Augen bleiben dabei unverändert in die Ferne gerichtet und werden nicht auf den Untersucher abgelenkt.

Verharren in ertheilten Stellungen: Beim Erheben des rechten Armes tritt zuerst ein recht erheblicher Widerstand auf (Negativität), der allmählich sich mässigt und gleichbleibend wird (wächserne Biegsamkeit). Die Arme verharren so lange in jeder, noch so unbequemen, ihnen ertheilten Haltung, bis sie in eine andere Lage gebracht werden. So ist es besonders auffällig, dass Patientin trotz ihrer sichtlichen Schwäche den im Ellenbogen rechtwinklig gebeugten, im Schultergelenk etwas abducirten Arm längere Zeit völlig frei schwebend hält.

Ein anderes Verhalten zeigt sich an den Beinen; als diese am Unterschenkel gefasst und hin und her bewegt werden, bewegt sich das ganze Becken mit. (Muskelstarre der Becken-Oberschenkelmuskulatur, wie bei spastischer Spinalparalyse.) Im Uebrigen sind die Beine völlig schlaff und sinken, in die Höhe gehoben, der Schwere folgend sofort herab. Auch der Kopf ist nach allen Richtungen hin leicht und frei beweglich. Dagegen findet der Versuch der Abhebung des Unterkiefers vom Oberkiefer einen sehr kräftigen Widerstand, ebenso gelingt es später nicht, die Augenlider von einander zu entfernen, als dieselben nach dem Weinausbruch der Kranken geschlossen gehalten werden.

Verhalten der Reflexe: Die Sehnenreflexe an den Beinen sind nicht verändert, die an den Armen deutlich gesteigert. Die reflectorische Erregbarkeit der Hautcapillaren ist normal.

Bei Nadelstichen in die Fusssohlen reagirt die Kranke prompt zunächst durch Dorsalflexion der Zehen, dann des ganzen Fusses. Bei wiederholten Stichen wendet und dreht sie diesen hin und her und zieht ihn endlich auch durch Beugung im Knie zurück. Hierbei runzelt Patientin etwas die Augenbrauen, und ihr Gesicht nimmt eine Andeutung von schmerzlichem Ausdruck an.

Ganz ähnlich ist das Verhalten der Hände. Auch diese werden zunächst nur hin und her gewendet, aber nicht zurückgezogen, obgleich man sie keineswegs festhält, sondern frei auf der offenen Handfläche des Untersuchers ruhen lässt. Die rechte Hand wird hierbei überhaupt nicht zurückgezogen.

Bei Nadelstichen in die Wangen, auf die Nase und die Lippen verzieht sie in ausgesprochen schmerzhafter Weise das Gesicht und beginnt unter anhaltendem Schluchzen zu weinen. Die reactive Akinese wird also bei schmerzhaften Reizen durchbrochen.

Da die Kranke auf die Aufforderung, sich aufzusetzen, in ihrer Regungslosigkeit verharrt, wird sie im Bette aufgerichtet.

Verhalten der Kranken gegen Antriebe zu activen Bewegungsäusserungen: Als sie nunmehr zum Aufstehen aufgefordert wird, bemerkt man, dass sie etwas die Beine bewegt, als ob sie einen Versuch machen wollte, sie fällt hierbei aber mit dem Oberkörper nach rückwärts in die liegende Stellung zurück. Sie wird nun wiederum aufgerichtet und kommt zu sitzen, wobei sie trotz des soeben bewiesenen guten Willens in ganz unzweckmässiger Weise die Beine kreuzt. Auf weiteres Zureden macht sie auch Versuche, ganz in die Höhe zu kommen, was ihr aber nur mit kräftiger Unterstützung gelingt. Die Kranke wird nunmehr an der Hand gefasst und im Zimmer umhergeführt, wobei sie zwar widerstandslos folgt, aber zu jedem neuen Schritt durch einen leichten Zug an der Hand angetrieben werden muss. Hierdurch bekommt die Gangweise einen automatenhaften Charakter, die einzelnen Schritte sind durch zu grosse Pausen von einander getrennt. Beim Stehen hat sie die Kniee leicht gebeugt, die Füsse geschlossen und schwankt hin und her, kommt aber nicht darauf, eine sichrere Fussstellung anzunehmen.

Mehrmals aufgefordert, zu gehen, beginnt die Kranke, sich langsam vorn überzuneigen, um im Moment, wo ihr Schwerpunkt ihre Standfläche nach vorn zu überschreitet, sich ganz plötzlich und unerwartet in laufende Bewegung zu setzen; diese Bewegung nimmt

ähnlich der Propulsion bei Paralysis agitans einen beschleunigten Charakter an und ist offenbar als Abwehr gegen das durch die anfängliche Neigung nach vorn drohende Fallen aufzufassen. In ihrem Laufe neben dem Tragbett angekommen, lässt sich Patientin auf dieses fallen und kommt in eine ziemlich zweckmässige Seitenlage zu liegen.

Als sie nochmals auf die Füsse gestellt wird, steht Patientin, die seit den Nadelstichen noch immer nicht zu schluchzen aufgehört hat, nunmehr von einer Wärterin unterstützt, stark schwankend da und reagirt, von einer Beschleunigung des Lidschlages abgesehen, in keiner Weise auf irgend welche an sie gerichtete Aufforderungen. Sie muss wieder in's Bett gebracht werden und wird hinausgetragen.

Während bei dieser Kranken zur Zeit der hyperkinetischen Phase und in den Uebergangszeiten zwischen den entgegengesetzten Phasen festgestellt werden konnte, dass ausser der Motilität auch die Orientirung in allen drei Bewusstseinsgebieten von der Krankheit betroffen war, wähle ich den folgenden Fall hauptsächlich deshalb aus, weil er ungewöhnlich rein ausschliesslich akinetische bezw. parakinetische Symptome zeigt, während die Orientirung im Uebrigen vollkommen erhalten ist und es nicht einmal gelang, irgend eine Andeutung von Erklärungswahnideen von der zu jeder Auskunft bereiten Patientin herauszulocken. Die abnormen Sensationen, über welche die Patientin klagte, waren ausser Kopfschmerzen wohl ausschliesslich perverse Muskelempfindungen bezw. Lageempfindungen, gehören also selbst zu den psychomotorischen Identificationsstörungen (s. später). Der Fall betraf ein 47jähriges Fräulein, Schwester eines Arztes, so dass auch die anamnestischen Angaben ungewöhnlich zuverlässig sind.

Patientin war bis zu Beginn ihrer Krankheit wissenschaftliche Lehrerin an einer Mittelschule, keine Heredität, früher gesund, erkrankte September 1897 im Anschluss an die Menses mit Beschwerden, die zuerst für hysterisch gehalten wurden, sich aber in wenigen Wochen zu einem Zustand allgemeiner Regungslosigkeit steigerten. Wochen lang Schlundsondenernährung erforderlich. Allmählich Nachlass der Akinese, aber Bewegungs-Stereotypie. An Stelle des Mutacismus Verbigeriren, keine eigentliche Hyperkinese. Besserung der Sprache durch Zureden und Verbalsuggestion. Nachlass aller Erscheinungen bis zur Hoffnung auf Restitution. Rückfall October 1898, ähnlich wie jetzt, aber nach Angabe der Kranken selbst noch schlimmer. Linke Hand dauernd zur Faust geschlossen. Nach wenigen Wochen wieder Nachlass, fortschreitende

Besserung bis zu fast freier Beweglichkeit. Einige Wochen hindurch anscheinend (Bruder ist Arzt) normal. Seit drei bis vier Wochen erneuter Rückfall, wieder mit Eintritt der Menstruation. Nach Angabe der Patientin selbst wird es noch jetzt täglich schlimmer.

Befund am 8. Mai 1899: Guter Ernährungszustand, entstellte Züge, Organe und körperliche Functionen in Ordnung. Patientin sitzt in fixirter Stellung, linke Hand am Scheitel, Augen gerade gerichtet, Papier und Bleistift liegt vor ihr auf dem Tisch. Ausdruck unglücklich, rathlos; Thränenausbruch beim Anblick des Bruders. Gesichtsausdruck nicht fixirt, wechselt verständnissvoll im Laufe der Untersuchung. Patientin steht spontan auf, ergreift Papier und Bleistift mit der rechten Hand, deutet an, dass sie in das Nebenzimmer, ihren gewohnten Aufenthalt, gehen will, setzt sich dort an ihren gewohnten Platz, die Augen nach einer bestimmten Stelle der gegenüberliegenden Wand gerichtet. Diese Richtung wird gezwungen beibehalten, so dass Patientin weder den Frager ansieht, noch herunterblickt, wenn sie schreibt. Alle Antworten erfolgen schriftlich, hastig mit Bleistift hingeschrieben, in abgekürzter Form, z. B. auf die Frage, warum so erregt: „Keine Hülfe.“ Vollkommener Mutacismus, doch auf Antreiben Versuch nachzusprechen, unter sichtlichem Bemühen. Statt des vorgesprochenen Wortes „Anna“ kommt es aber zu längerem Verbigeriren der Silbe ruh ruh . . ., welches sich schliesslich in tonlosem, rhythmisch wiederholtem r r verliert. Ob Zunge zeigen kann, wird verneint, gelingt aber dann nach einigem Bemühen stossweise für einen Augenblick. Statt schriftlicher Antworten häufig verständliche Gesten, deren sich Patientin auch sonst vorzugsweise bedient. Für gewöhnlich sind aber beide Hände beschäftigt, da immer eine gegen den hinteren Theil des Kopfscheitels gepresst wird, die andere mit vorgestrecktem Zeigefinger rhythmisch tippende Bewegungen gegen irgend welche Körperstellen am Gesicht, dem Rumpfe oder den Oberschenkeln ausführt. Was am Kopfe sei? „Innen“, „Sticht jetzt manchmal“, „fein Nerv“, „Krankheit“, „alle Tage schlimmer“, „Nach dem Essen schlimmer“. Warum die Hand dort gehalten? „Nicht loslassen, sonst weicht zurück“, „Als wenn es bricht“. Ob sie sich sonst frei bewegen könne? „Finger halten auf einen Punkt“. Worüber sonst klage? „Bei dem Essen grosse Unruhe“, „Nervenschwäche“, „Unruhe am Tage“, „muss oft viel Wasser lassen“, „kein Wille“, „keine Hülfe“. Als Ursache der Krankheit wird Anstrengung und viele Schlafmittel angegeben. Im October sei es schlimmer gewesen. Aus den schriftlichen Aussagen der Patientin sei noch Folgendes erwähnt. Sie müsse weinen,

sei betrübt, klage über Unruhe, nicht über Angst, wisse und verstehe Alles, könne schreiben, die Untersuchung strenge sie aber an, es werde ihr schwer, die Augen offen zu halten. Das Gehirn sei gesund, nur die Gehirnnerven seien krank. Schreibt Namen, Alter, dass alle drei Wochen menstruirt ist. Aeussere Beeinflussung, Elektricität, geheimnissvolle Kräfte, Stimmen bestimmt in Abrede gestellt. Wenn sie die Augen schliesse, sehe sie bunte Farben. Man solle sie beobachten, wenn sie die Augen schliesse.

Patientin lehnt sich wie erschöpft zurück, schliesst die Augen, lässt die rechte Hand über die Sophalehne fallen, die linke bleibt am Scheitel. Die rechte Hand macht nun rhythmisch zuckende Bewegungen. Auf meine Bemerkung, dass dies unwillkürlich sei, ein flüchtiger dankbarer Blick, Patientin ergreift mit der rechten Hand die meinige und führt sie zum Munde, um sie zu küssen. Bei passiver Abhebung der linken Hand vom Scheitel, zuweilen aber auch spontan, wird die rechte Hand an Stelle der linken auf den Kopf gelegt. Zu irgend welchen Verrichtungen wird immer die rechte Hand benutzt, obwohl die linke frei beweglich ist. Zum Abschied die Hand zu geben ist aber die Patientin auch rechts nicht im Stande, macht hülflose Gesten statt dessen. Spontane Bewegungen sind spärlich, dann hastig, am häufigsten noch Ortsveränderungen durch innere Unruhe. Keine Flexibilitas. Patientin muss bedient werden, ist sauber, lässt sich willig mit dem Löffel füttern. Schlaf und Ernährung gut. Volles Verständniss der Situation, Anhänglichkeit an die Pflegerin, genügendes Interesse und Gedächtniss für die täglichen Erlebnisse.

Mit Widerstreben wird Patientin dazu gebracht, sich auf einen Stuhl gegen das Fenster zu setzen und einen vorgehaltenen Finger zu fixiren; auf Augenblicke scheint sie die Augen willkürlich bewegen zu können, doch verhindert die Hast, mit der Patientin die frühere Richtung der Augen einzunehmen strebt, ein sicheres Urtheil. Ueber die Beziehung, welche eine bestimmte Stelle der Wand mit ihren Augenbewegungen hat, gelingt es trotz aller Mühe nicht, etwas Positives zu erfahren. Nur, dass sie vorhanden ist, sucht Patientin auch durch allerlei Gesten auszusagen; dass es ein Befehl, Elektricität, Magnetismus oder irgend eine geheimnissvolle Kraft sei, lehnt sie jedoch mit Bestimmtheit ab.

Es gehört zu den grössten Seltenheiten, dass man bei einer akinetischen Motilitätspsychose zur Zeit ihres Bestehens so gute Auskunft erhält. Es ist offenbar nur möglich, wenn der Bereich der Akinese so umschrieben ist, wie bei der erwähnten Kranken.

Gerade dieses umschriebene Verhalten aber ist ebenfalls bei acuten Erkrankungsfällen eine grosse Seltenheit.

Einige weitere Beispiele akinetischer Motilitätspsychose sollen uns über den Inbegriff der hierher gehörigen Symptome noch weiter informiren. Der erste davon fällt noch in meine Berliner Zeit.

Der 33jährige Universitätsprofessor B. hatte vor drei Jahren einen schweren Gelenkrheumatismus überstanden, war dann gesund geblieben, ohne Familienanlage zu Nervenkrankheiten. Seit zwei Jahren arbeitete er über seine Kräfte hinaus an einem wissenschaftlichen Werke. Drei Tage vor seiner geistigen Erkrankung ein Ruhranfall mit blutigen Stühlen, starkem Meteorismus und sehr heftigen Schmerzen. Körperlich sehr heruntergekommen, begann Patient zu deliriren, verkannte Personen, hatte Gesichtserscheinungen, sah Teufel, hörte Stimmen. Dieser Zustand steigerte sich, während gleichzeitig erst anfallsweise, dann länger anhaltend eine allgemeine Muskelstarre eintrat. Schon nach zwei Tagen fast regungslos, Patient hielt einen halben Tag lang ein Crucifix krampfhaft in der Hand, phantasirte ängstlich von dem Teufel, schrie besonders Nachts in unarticulirten Lauten auf. Dann hörten auch diese Reactionen auf Sinnestäuschungen auf und Patient verharrte durch acht Tage in einem vollständig regungslosen, meist auch mit Muskelspannungen einhergehenden Zustande, in welchem er die Augen meist fest geschlossen hielt, nur zeitweilig eingeflösste Flüssigkeiten schlingen konnte, während er andere Male Alles heraussprudelte, die Excrete unter sich gehen liess. In diesem Zustande wurde er zu Wagen in eine Irrenanstalt überführt, konnte aber seiner Steifigkeit wegen nur mit Mühe in den Wagen hinein- und aus demselben herausgehoben werden und sass im Wagen mit steif von sich gestreckten Armen und Beinen zurückgelehnt und nur mangelhaft unterstützt da. In sein Zimmer konnte er geführt oder eigentlich nur langsam fortgeschoben werden. Absoluter Mutacismus, nur vom dritten Tage des Anstaltsaufenthaltes ab unterbrochen durch mehrmaliges unarticulirtes Aufschreien. Gesichtsausdruck blöde. Am elften Tage der Erkrankung lässt die Spannung der Muskeln nach. Auf Anreden Lippenbewegungen, aber kein Laut, jedoch zeitweiliges Oeffnen der Augen. In den nächsten Tagen grosse Hinfälligkeit, meist noch ganz regungslos, aber zuweilen Aufschreien. Patient begann dann gelegentlich das Bett zu verlassen, stand einmal längere Zeit mit von sich gestreckten, emporgehobenen Armen am Fenster und schrie mehrmals laut auf. Ging im Hemde auf den Corridor, antwortete einmal sehr langsam und leise: „Ich weiss nicht.“ Am 14. Tage die

erste spontane Aeusserung, Patient redet den Wärter an: „Siehst Du, Carl, so geht es mir.“ In den nächsten Tagen erfährt man, dass Patient Schmerzen im ganzen Körper hat; Patient weiss nicht, wer er ist, wo er ist, behauptet, er habe keinen Kopf, sei geviertheilt. Die Sprache ist langsam und kindlich entstellt. Jede Anforderung wird als anstrengend empfunden. Am 19. Tage mit der Hand an den Kopf fassend: „Das ist ja gar nicht mein Kopf, mein Kopf ist verwechselt, ich habe einen fremden Kopf, ich bin ganz hohl.“ Vom 22. Tage ab merkliche Besserung, bessere Angaben, Patient wird sauber. Gefühl im Kopfe, als ob derselbe wund wäre, ein wirres Gefühl, Patient fühlt, dass er sehr schwer krank ist, fragt nach Nachrichten. Dann continuirliche Besserung, Bedürfniss, sich zu orientiren, Auskunft über seine Gedanken in der schweren Krankheitszeit. Zuweilen habe er das Gefühl gehabt, sein Gehirn bestehe aus mehreren Theilen, die sich auf und ab bewegen; andere Male, als ob er kein Gehirn, sondern ein Stück Eis im Kopfe habe. Patient erinnert sich, dass er sich für ein Dampfschiff gehalten habe (Erklärungswahnidee), dass er geglaubt habe, er habe die Schifffahrt auf dem Rhein ruinirt, indem er alle Steuerruder umgedreht habe. Er habe geglaubt, die Welt wäre aus einander gegangen und er habe sie zusammenbringen sollen, er sei im kaiserlichen Palais gewesen, habe dort den Fussboden verdorben und dann versucht, ihn durch eiserne Steine zu ersetzen; da sei Fürst Bismarck gekommen und habe ihn böse angesehen. Patient verwundert sich, wie so verdrehte Ideen im Menschen entstehen können. Für die Muskelstarre weiss er einen Grund nicht anzugeben. Fortschreitende Krankheitseinsicht, Schlaf und Appetit gut, besseres Aussehen. Einzige Klage über ein unangenehmes Druckgefühl an einer bestimmten Stelle der linken Scheitelgegend, das später nur noch zeitweilig auftritt. Sechs Wochen nach Beginn der Krankheit in voller Reconvalescenz, tritt nach einem Besuch und darauf folgender schlechter Nacht ein leichter Erregungszustand auf, in welchem Patient sich einer Unüberlegtheit am Tage zuvor anklagt, hastig mit vibrirender Stimme spricht, am ganzen Leibe zittert, nervöse Bewegungen mit den Händen macht, zu weinen anfängt. Durch Zureden wird er beruhigt, bleibt späterhin in gleichmässiger Stimmung, klagt nur zuweilen noch über den oben geschilderten Druck im Kopfe oder ein Pulsiren im Kopfe, ein Gefühl, als ob sich das Gehirn hin und her bewege. Auch diese Beschwerden schwinden allmählich, und Patient wird etwa ein halbes Jahr nach dem Ausbruch seiner Krankheit als vollständig geheilt aus der Anstalt entlassen. Seitdem sind zwölf Jahre

verflossen, in denen Patient, ein geachteter Gelehrter, vollständig gesund in seiner früheren Stellung gewirkt hat.

Ein noch acuteres Krankheitsbild bot der 26jährige Dr. jur. jüdischer Abstammung, den ich Ihnen vor wenigen Tagen vorstellen konnte. Er war ganz acut mit ängstlichen Vorstellungen und schwerster Rathlosigkeit erkrankt, hatte mehrere Tage die Nahrung verweigert und vier Selbstmordversuche gemacht, die alle glücklich vereitelt worden waren. Wir fanden ihn im Bett sitzend, mit congestionirtem Gesicht, heissem Kopf, von fieberhaftem Aussehen, aber nicht beschleunigtem, nur auffallend weichem Pulse. Der Gesichtsausdruck hatte etwas Starres, Unbewegliches. Patient antwortete auf keine Frage, folgte aber dem Fragesteller mit den Augen. Auch keiner Auffordernng kam er nach, zeigte nicht die Zunge, öffnete nicht den Mund. Der Versuch, die Lippen zu öffnen, rief vielmehr den entgegengesetzten Effect eines wie unwillkürlichen Verschlusses hervor, die ergriffene Hand wurde anscheinend sträubend festgehalten. Im Uebrigen sass der Patient in normaler Haltung ziemlich unbewegt, nur von Zeit zu Zeit erfolgten leise schüttelnde und zusammenzuckende Bewegungen, wie wenn ein Kälteschauer durch den Leib ginge. Nahm man den Kranken aus dem Bette, was ohne Widerstand oder nur leise abwehrend geschah, so bemerkte man, dass der Kranke taumelte und nicht vollständig Herr seiner Bewegungen war. Doch gelingt es ihm schliesslich, allein zu stehen, und dabei fällt es auf, dass er das rechte Bein halb gebeugt hält und den Fuss nur mit dem äusseren Fussrande aufsetzt, während das Körpergewicht auf das linke Bein fällt. In dieser Stellung verharrt der Kranke ungestützt mehrere Minuten, mit demselben unbewegten Gesichtsausdruck. Man versucht nun seinem Kopfe eine andere Stellung zu geben, indem man ihn in den Nacken zurück beugt. Dabei macht sich ein erheblicher Widerstand geltend, der sich noch über die Mittelstellung fortsetzt, so dass schliesslich der Kranke mit gebeugtem Kopf und oberstem Theil des Rumpfes dasteht. Zur Abwehr hat er sich niemals der Hände bedient. Bei diesen Bewegungen hat der Kranke inzwischen die alte Stellung nicht behaupten können und war in's Schwanken gerathen; in dieser neuen Stellung hat er mit den Beinen gewechselt und steht nun auf dem rechten, während das linke halb gebeugt ist und nur lose mit dem äusseren Fussrande aufruht. Am nächsten Tage trafen wir denselben Kranken mit untergeschlagenen Beinen hockend im Bette, an den Beinen fiel dabei deren schlaffe Haltung auf. Heute bewirkt schon die Annäherung der Hand ein Zurückziehen der angenäherten Ober-

extremität und des Rumpfes seinerseits, Berührungen der Beine dagegen haben keinen ähnlichen Effect, auch nicht die Spur einer eigentlichen Abwehrbewegung ist zu bemerken. Nun fasse ich mit meiner rechten Hand in die rechte Hohlhand des Kranken, seine Hand schliesst sich dabei, während ich einen langsamen Zug mittelst meiner zum Haken gebogenen Finger auszuüben beginne. Je mehr ich ziehe, desto fester hält er mit den Fingern dagegen, und so gelingt es mir, ihn mit dem Oberkörper in eine über den Bettrand hinüber gelehnte Stellung zu ziehen. In dieser Stellung verharrt er, so lange ich ziehe, und kehrt allmählich in seine frühere zurück, während ich mit dem Zuge nachlasse. Derselbe Kranke wird nun aus dem Bett genommen und scheint zunächst zusammenzusinken, als ob die unteren Extremitäten vollständig versagten. Verfährt man aber vorsichtig und hält ihn auf beiden Seiten gestützt, so zeigt sich, dass er sie wohl gebrauchen kann, ja sogar wegen der abnormen Stellung ein ungewöhnliches Kraftmass aufwenden muss. Er verharrt nämlich in einer hockenden, fast sitzenden Stellung mit gekreuzten Unterschenkeln und ist dabei im Stande, sich ungestützt fortzubewegen und sein Gleichgewicht immer wieder herzustellen, wenn er den sicheren Halt verloren hat. Man hat dabei den Eindruck, als ob er jeden Augenblick fallen müsste, er hält sich aber thatsächlich ganz kräftig auf den Beinen.[1])

Eine andere Kranke, die vorher stöhnend im Bette gelegen hat, nur sehr selten antwortet und meist damit beschäftigt scheint, den Mund bald zu spitzen, bald schnauzenartig vorzustülpen, ebenfalls erst ganz vor kurzem erkrankt, wird aus dem Bett herausgenommen und zu gehen veranlasst und setzt dabei langsam und vorsichtig in bestimmten Entfernungen einen Fuss vor den anderen in einer tänzelnden Weise, etwa wie ein Seiltänzer. Da man sie eine Weile ruhig stehen lässt, stellt sie sich auf ein Bein und beugt das andere so, dass sie nur mit den Zehen den Fussboden berührt, ja sie hebt es auch vollständig vom Boden ab.

Alle diese sonderbaren Bewegungsäusserungen erfolgen ohne sichtlichen Zweck, ohne Veränderung des Gesichtsausdrucks und ohne dass die Kranken ein Motiv angeben können, wenn sie wie im letzten Falle der Sprache mächtig sind. In Ruhelage, sei es im Bett sei es auf dem Stuhle sitzend, nimmt ein Theil dieser Kranken eine fixe abnorme Stellung ein, z. B. durch Beugung der Hals-

1) Der Kranke liess Alles unter sich gehen, verweigerte absolut die Nahrung und wurde einige Male in der Narkose durch die Schlundsonde gefüttert. Tod nach wenigen Tagen an Pneumonie.

wirbelsäule nach vorn, so dass beim Liegen der Kopf immer von der Unterlage abgehoben bleibt, oder es wird eine hockende Stellung eingenommen, wie die des oben geschilderten männlichen Kranken.

Innerhalb der allgemeinen Regungslosigkeit kann ein tonischer Muskelkrampf localisirt auftreten, und zwar wird mit Vorliebe das Gebiet der beim Sprechen betheiligten Muskeln befallen. So erinnere ich Sie an den Kranken Kl., welcher ganz acut unter stürmischen Erscheinungen erkrankt war und am nächsten Tage in die Klinik aufgenommen wurde. Er schien bei Bewusstsein zu sein und folgte mit den Augen, als man ihn untersuchte. Die Zunge lag maximal vorgestreckt zwischen den fest zusammengepressten Kiefern, sie war stark geschwollen, dunkelroth verfärbt und in der Nähe der tief in sie eingesenkten Zähne gangränös. Der Kranke war nicht im Stande, auch nur einen Laut von sich zu geben oder selbst nur Flüssiges zu schlucken und musste mit der Schlundsonde durch die Nase ernährt werden. Die Schmerzempfindlichkeit und die Reflexe schienen allgemein stark abgestumpft. Nachdem ich den grössten Theil des Tages auf Nachlass der Muskelspannung vergeblich gewartet hatte, entschloss ich mich zur Reposition in Chloroformnarkose und fixirte den Kiefer in halbgeöffneter Stellung. Es folgte ein halb schlafsüchtiger Zustand von mehrtägiger Dauer, und nur sehr allmählich wurde die hervorgestreckte Zunge in die Mundhöhle zurückgezogen, dann trat der Patient in die Reconvalescenz ein und konnte nach kurzer Zeit geheilt entlassen werden. Das Besondere des Falles war, dass der Kranke noch zu einer Zeit, wo er seine übrigen Bewegungen schon beherrschte, die Zunge in dieser gewaltsam vorgestreckten Stellung halten musste. Dieser Kranke, ein 32jähriger Liniirer, gab, sobald er sprechen konnte, die bestimmte Auskunft, dass er immer orientirt und zur Zeit der allgemeinen Regungslosigkeit bei vollem Bewusstsein geblieben war.

Meine Herren! Wie schon die theils vorgestellten, theils nur berichteten Krankheitsfälle beweisen, umfasst die akinetische Motilitätspsychose sehr verschiedene Krankheitsbilder, die nur das Gemeinsame haben, dass sie einen akinetischen Zustand verschiedenen Grades und verschiedener Verbreitung während einer continuirlichen, an Dauer übrigens sehr verschiedenen Krankheitszeit als augenfälligstes Krankheitssymptom darbieten. Zu einer etwas schärferen Abgrenzung werden wir erst später gelangen. Fassen wir vorläufig die verschiedenen motorischen Symptome im Einzelnen etwas näher in's Auge.

Die über den grössten Theil der Musculatur sich erstreckende

Akinese nennen wir Regungslosigkeit. Sie ist, wie auch unsere Fälle zeigen, dem Grade nach verschieden, indem sie bald so hochgradig ist, dass sie zum Aufhören fast jeglicher Reaction führt und einen dem Scheintode ähnlichen Zustand bedingt. In der That müssen Verwechselungen solcher Fälle mit wirklichem Tode wiederholt vorgekommen sein, was sich mir daraus erklärt, dass auch die Athmung und die Circulation in solchen Zuständen stark herabgesetzt und ein synkopaler Zustand zeitweilig bestehen kann. Ich komme darauf noch zurück. Sieht man von solchen Ausnahmsfällen ab, so handelt es sich gewöhnlich um schlafähnliche Zustände, die wenigstens von Aerzten mit wirklichem Tode nicht verwechselt werden können, da die Herztöne, das Athemgeräusch und der Puls, wenn auch abgeschwächt, doch deutlich wahrnehmbar bleiben. Die Extremitäten sind dabei gewöhnlich kühl, zuweilen auch cyanotisch, die Körpertemperatur kann erheblich herabgesetzt sein. Dies sind die Fälle, welche mit grosser Regelmässigkeit von Zeit zu Zeit in den Tagesblättern auftauchen und als „schlafender Ulan“ oder „wochenlanger Scheintod eines Gefangenen“ Sensation erregen. In der That fällt bei einem Theil dieser Fälle auch jede Reaction auf schmerzhafte Reize fort, sei es in Folge von Benommenheit des Sensoriums, sei es in Folge wirklicher Analgesie oder auch wirklichen Ausfalls der Reflexthätigkeit. Doch ist in der Mehrzahl der Fälle irgend ein Reflex auf Nadelstiche noch nachweisbar, sei es auch nur ein Zwinkern mit den Augenlidern und bei Application der Stiche an den empfindlichsten Gesichtspartien oder den Augen selbst. Eine Herabsetzung der Sehnenreflexe, besonders des Patellarreflexes, kommt zeitweilig zweifellos vor, jedoch nicht bei den länger dauernden Zuständen, von denen hier die Rede ist. Im Gegentheil sind die Sehnenreflexe hierbei gewöhnlich gesteigert, so dass es zu Patellarklonus und sogar zu Fussklonus kommen kann. Die Excrete werden gewöhnlich in's Bett entleert, andere Male wird zeitweilig Katheterismus der Blase und Sorge für Stuhlentleerung nothwendig. Das Schlingen ist gewöhnlich schwer gestört, so dass fortgesetzte künstliche Ernährung nothwendig wird. Doch ist es nur selten, dass nicht wenigstens der angesammelte Speichel spontan geschluckt wird und eine eigentliche reflectorische Schlinglähmung nachweisbar ist. Eine solche kommt dagegen in acuteren, kürzer dauernden Zeiten zweifellos vor, oft zugleich mit gesteigerter Speichelsecretion. Selbstverständlich schliesst der geschilderte Zustand den Fortfall aller Initiativbewegungen, also auch vollständigen Mutacismus in sich ein. Gewöhnlich sind übrigens Reste von Reactionen, wie z. B. ein Erzittern der Augen-

lider vorhanden. Gerade an den Augenlidern macht sich auch gegen passive Bewegungen fast immer eine Reaction bemerklich, selbst in Fällen, in denen die passive Beweglichkeit im Uebrigen ganz der eines leblosen Körpers gleicht, d. h. nicht nur erhalten, sondern gesteigert ist. Auch dieses Verhalten ist übrigens bei continuirlicher Regungslosigkeit nicht das gewöhnliche, sondern entspricht mehr acuteren Phasen von Akinese. Häufiger trifft man auf eine Herabsetzung der passiven Beweglichkeit, eine Erscheinung, die ebenfalls sehr verschiedene Grade annehmen kann. Das Gewöhnlichste ist, dass bei derartig regungslosen Kranken nur die excessiven Bewegungen einen Widerstand erfahren oder dass nur bestimmte Muskelgruppen einen solchen aufweisen. Dazu gehören vor allen die Schliessmuskeln der Augen, des Mundes und des Kiefers. Dieser mehr locale Widerstand gehört schon in das Gebiet derjenigen Erscheinungen, die man als Negativität oder Negativismus zu bezeichnen pflegt. Der Negativismus zeigt sich an den Lidern dadurch, dass dem Versuch, sie zu öffnen, ein anscheinend activer Widerstand und um so festerer Verschluss des Auges folgt, an den Lippen ebenso in einem Verschluss des Mundes beim Versuch, die Lippen von einander zu entfernen, an den Kiefern in einem Widerstand, der um so kräftiger wird, je mehr man den Unterkiefer nach abwärts zu drücken sucht. Man fühlt dabei die Masseteren und Temporales anschwellen und hart werden. Dieser feste Schluss der Kiefer bildet auch das gewöhnliche Hinderniss für die Einführung der Schlundsonde durch den Mund, so dass diese Art der Ernährung nur ausnahmsweise ausführbar und dagegen die Einführung der Schlundsonde durch die Nase vorzuziehen ist. Nächst den geschilderten Localitäten ist der Negativismus am häufigsten in der Nackenmusculatur anzutreffen, derart dass die passive Abhebung des Kopfes vom Lager nicht nur Widerstand erfährt, sondern durch eine kräftige Rückwärtsbeugung des Kopfes beantwortet wird, ein Zustand von Nackenstarre, welcher nachlässt, sobald man von dem Versuch absteht. Ueberhaupt hat das Symptom der Negativität das Kennzeichen, dass es reflexartig auf die passive Muskeldehnung zu folgen scheint und sich in dem Maasse steigert, als man die passive Bewegung forcirt. An den Extremitäten tritt es deshalb zuweilen auch nur dann auf, wenn die Bewegung rasch und mit grösserer Excursion ausgeführt wird, während eine langsame und wenig ausgiebige Bewegung oft ohne Widerstand ausführbar ist. Ist die allgemeine Regungslosigkeit nicht sehr hochgradig, so können derartige Versuche auch Schmerzensäusserungen, wie Verziehen des Gesichtes

oder Thränenausbruch, zur Folge haben; in solchen Fällen wird eine schmerzhafte Gelenksteifigkeit als Folge der anhaltenden Fixirung in einer Stellung anzunehmen sein. Indessen komme ich noch auf Fälle zurück, die sich überdies durch eine verbreitete Schmerzhaftigkeit der Musculatur auszeichnen.

Sehr häufig führt die Prüfung der passiven Beweglichkeit zu dem Befunde einer wächsernen Biegsamkeit, Flexibilitas cerea. Diese besteht darin, dass jede passive Bewegung einen mässigen, sich gleich bleibenden Widerstand in allen dabei betheiligten Gelenken findet. Ihr Ergebniss ist das Verharren in ertheilten Stellungen. Am ausgeprägtesten ist die Flexibilitas cerea immer an den Extremitäten, im Gebiet des Nackens herrscht ganz gewöhnlich ein gewisser Grad von Negativität vor. Die Stellungen, welche man den Kranken mit Flexibilitas cerea ertheilen kann, können sehr unbequem sein und werden dennoch lange Zeit festgehalten; so kann man in Bettlage alle Gliedmaassen annähernd senkrecht aufstellen und sieht diese Stellung beibehalten. Wenn die Kranken auf dem Stuhle sitzen, kann man den Rumpf nach einer Seite legen, die Arme spreizen, ein Bein vom Stuhle abheben lassen und so die Kranken in eine Stellung bringen, die vom Gesunden nur unter grosser Anstrengung längere Zeit beibehalten werden könnte. Hat man die Kranken auf die Füsse gestellt, so kann man ein Bein so in allen Gelenken beugen, dass es nur auf den Zehenspitzen aufruht, oder kann bei vorsichtigem Verfahren eine Kniebeugestellung einnehmen lassen, oder kann den Rumpf in eine Beugung bringen, dass die Arme den Fussboden berühren. Oft scheint unter diesen Umständen der Kranke mit einer besonderen Fähigkeit, das Gleichgewicht zu bewahren, ausgestattet zu sein, so dass unwillkürlich der Vergleich mit den decapitirten Fröschen von Golz sich aufdrängt. Bei allen diesen Experimenten verhält sich der Kranke theilnahmlos, selbst bei nicht hochgradiger Regungslosigkeit wird keine Miene verzogen, kein Blick auf den Untersucher verwendet. Das Festhalten selbst unbequemer Stellungen kann durch fünf, ja zehn Minuten und mehr beobachtet werden, je nach dem Grade der Regungslosigkeit; schliesslich und oft schon viel eher geben die Glieder der Schwere nach und werden unbequeme Rumpfstellungen corrigirt. Eine Ausnahme davon machen nur die seltenen Fälle anhaltender Muskelstarre.

Die Muskelstarre ist eine Erscheinung, welche bei verbreiteter Regungslosigkeit gewöhnlich nur anfallsweise auftritt, ich habe sie niemals Tage lang ununterbrochen bestehen sehen. Die Anfälle aber

werden fast in jedem Falle gelegentlich beobachtet. Sie treten entweder spontan oder bei geringfügigen Anlässen auf, die dann meist in Versuchen, die Kranken aufzurichten oder überhaupt passiv zu bewegen, bestehen. In den Wärternotizen findet man dann meist die Angabe, die Kranken hätten sich steif gemacht. Nicht selten erfolgt dabei Schweissausbruch, oder das Gesicht wird congestionirt. Solche Anfälle dauern meist nur wenige Minuten, in schweren Fällen aber auch Stunden lang. Diese Anfälle sind es, in denen die Kranken, wie im hypnotischen Versuch, nur an Kopf und Füssen gestützt, schwebend gehalten, ja sogar noch ausserdem belastet werden können. Wie beim Tetanus handelt es sich dabei um einen tonischen Muskelkrampf, oft auch nicht minder gewaltsam und mit Betheiligung der Masseteren und der Gesichtsmuskeln, aber es fehlen die für den Tetanus charakteristischen Nachlässe und immer wieder sich erneuernden plötzlichen Stösse: der ganze Zustand ist immer ein continuirlicher, meist überhaupt von weniger stürmischem Gepräge. Dass diese Zustände von Starre selbst dem Transport der Kranken hinderlich werden können, haben wir an dem Beispiel des einen Kranken gesehen. Sie erinnern sich, dass unsere Kranke Frau K. einen Zustand mässiger Starre localisirt, nämlich nur in der Becken-Oberschenkel-Musculatur, darbot; dieser Befund dürfte eine andere Bedeutung haben und nur als mechanische Folge längerer Immobilisirung aufzufassen sein, in Analogie mit der Muskelsteifigkeit an gelähmten Gliedmaassen.

Trifft man einen Kranken mit allgemeiner Regungslosigkeit an, so ist es immer gerathen, ihn aus dem Bett zu nehmen und auf die Beine zu stellen. Man wird dann meist die Erfahrung machen, dass der angeblich Scheintodte stehen und gehen kann, wenn man nur mit einiger Vorsicht zu Werke geht und den Kranken zunächst genügend unterstützt. Ich erinnere an den einen der vorgestellten Kranken, der zwar zunächst zusammenbrach, aber dann zu gehen und zu stehen im Stande war, wenn auch in merkwürdig abgeänderter Form. Ein vollständiges Versagen der Beine wie bei schlaffer Lähmung kommt nur in kurz dauernden, noch acuteren Zuständen vor. Dagegen ist allerdings der Mangel an Spontanität bei diesen Kranken immer sehr auffällig. Sie bleiben in infinitum stehen, wo und wie man sie hingestellt hat, und eine Ortsveränderung ist nur zu erreichen, wenn man sie schiebt oder eine Aenderung des Gleichgewichtes sie nöthigt, sich in Bewegung zu setzen. Das Verhalten der vorgestellten Frau K. war in dieser Hinsicht charakteristisch. Dieser Mangel an Spontanität wird uns verständlich, wenn wir das

Verhalten der Kranken beobachten, sobald ein leichterer Grad von Regungslosigkeit gestattet, etwas complicirtere Versuchsbedingungen herzustellen. Unter Umständen gelingt es z. B. solchen Kranken auf einen Stuhl hinaufzuhelfen, sie zeigen sich aber dann absolut unfähig, herunterzusteigen, und lassen sich, dazu gedrängt, schliesslich in ungeschickter Weise hinunterfallen. Aehnlich kommt es vor, dass die Kranken zwar deutlich zu erkennen geben, dass sie den Auftrag, etwa ins Bett oder aus dem Bette hinauszusteigen, verstanden haben, dass sie auch unbehilfliche Versuche zur Ausführung machen, dass es ihnen aber nicht gelingt, die dazu nöthigen Bewegungsanordnungen richtig zu finden. Offenbar steht in diesen Fällen die Bewegungsmaschine den Kranken nicht, wie es beim Gesunden der Fall ist, zur freien Verfügung, und die eine Folge davon ist die initiative Akinese, die andere ein oft auch geäusserter Affect, ich erinnere Sie an unsere Kranke Frau W., der der motorischen Rathlosigkeit.

Auf eine Störung der Bewegungsmaschine weisen auch die parakinetischen Symptome hin, die ganz gewöhnlich bei der auf äusseren Antrieb erfolgenden Ortsveränderung der Kranken hervortreten. Wir können nur annehmen, dass so perverse Stellungen, wie sie der Kranke einnahm, während doch der Gesammtmechanismus des Gehens und Stehens erhalten war, auf einer Perversität der Lageempfindungen oder irgend eines anderen Bestandtheiles in der complexen Grösse der Bewegungsvorstellungen beruhen müssen. Da die Erhaltung des Gleichgewichts dabei ersichtlich nicht auf einer besonderen Höhe der psychischen Leistung beruhen kann, so bleibt nur die Möglichkeit einer unbewussten oder, mit anderen Worten, ausschliesslich innerhalb des Bewusstseins der Körperlichkeit sich vollziehenden Compensation. Die Abänderung der Bewegungsform von der Norm kann im Einzelfalle sehr verschiedenartig sein. So wird z. B. in der eigenthümlichen Gangart eines Seiltänzers, der vorsichtig abwägend genau einen Fuss vor den anderen setzt, oder ausschliesslich auf den Fersen, oder auf einem Fussrande gegangen u. dergl. mehr. Dass es sich dabei um Hallucinationen des Muskelsinns handle, wie Cramer vermuthet, ist, abgesehen von der nicht zutreffenden Bezeichnung als Hallucination, deshalb unwahrscheinlich, weil die perverse Stellung als Correctur von bestimmten Ausfallserscheinungen gedeutet werden muss. Sie erinnern sich, meine Herren, dass ich die Vertretung der Motilität im Bewusstsein der Körperlichkeit immer nachdrücklich hervorgehoben habe. Wie sehr ich dazu berechtigt war, werden Sie aus dem eben Gesagten entnehmen.

Mit grösserer Wahrscheinlichkeit auf Reizvorgänge zurückzuführen sind gewisse parakinetische Erscheinungen, die wir schon bei Gelegenheit der hyperkinetischen Motilitätspsychose kennen gelernt haben; in der That ist hier eine scharfe Grenze zwischen Hyperkinese und Parakinese unmöglich zu ziehen. So wie bei unserer Kranken, dem Fräulein M.[1]), kommt es in den meisten Fällen von weniger hochgradiger, aber doch verbreiteter Akinese entweder vorübergehend und nur bei gewissen Anlässen oder doch in einer bestimmten Phase der Krankheit zum Verbigeriren, d. h. der eintönigen Wiederholung von Wörtern, oder Interjectionen, oder Satztheilen, oft von ganz unsinnigen Zusammenstellungen. So verbigerirte ein Kranker Monate lang ununterbrochen die Worte: „Anna mia mara Kochlunsky o Landleben." Sicher handelte es sich dabei um ein Reizsymptom, denn der Kranke wiederholte diese Phrase unaufhörlich und wurde sogar nicht unerheblich dadurch im Essen gestört. Dass aber zugleich eine Einschränkung des Sprachvorganges auf bestimmte motorische Bahnen vorlag, ist daraus zu schliessen, dass der Kranke mit Aufhören der Verbigeration trotz sichtlichen guten Willens überhaupt nicht mehr zu sprechen im Stande war, mit anderen Worten eine motorische Aphasie hatte. Ich spreche hier von dem Ihnen schon bekannten Kranken[2]), der fünf Jahre lang stumm geblieben ist und dann das Sprechen erst mühsam wieder erlernt hat. Auch in anderen Fällen kann man einen derartigen Zusammenhang zwischen Verbigeration und Mutacismus beobachten. Dass das Verbigeriren auch schriftlich, natürlich bei nicht vollständig Regungslosen, vorkommt, sei hier nur nebenbei bemerkt.

Parakinetische Aeusserungen, die dem Verbigeriren analog sind, werden auch sonst bei Nachlass der Regungslosigkeit häufig beobachtet, es sind die sogen. Bewegungsstereotypien, bestimmte Bewegungen der Gliedmaassen, die sich in der gleichen eintönigen Weise rhythmisch wiederholen, also pseudospontane Bewegungen einer bestimmten einförmigen Art. Auch bei diesen ist der klinische Zusammenhang mit einem Ausfall der Bewegungen, eben dem Zustande der Regungslosigkeit, in vielen Fällen deutlich erkennbar. Beispiele davon haben wir bei dem einen unserer Krankheitsfälle, dem Fräulein M., kennen gelernt. Andere Beispiele werden Sie bei Gelegenheit der klinischen Visite sehen. So macht die eine Kranke fortwährend Bewegungen mit dem Munde,

---

1) Vgl. S. 411.

2) Vgl. S. 6.

indem sie ihn schnauzenförmig vorstülpt, eine andere Kranke stösst in etwa gleichen Intervallen einen halb stöhnenden, halb grunzenden Laut aus ohne sonstige Zeichen eines Affectes, einen anderen Kranken haben Sie beim Essen angetroffen, wie er den Löffel zwecklos immer wieder in die Schüssel eintauchte und wieder leer zurückzog. Er verhielt sich dabei wie Jemand, der in tiefen Gedanken verloren rein mechanisch etwas thut. Eine andere Kranke sahen wir ununterbrochen wippende Bewegungen des Rumpfes, wieder eine andere nur nickende Bewegungen des Kopfes ausführen. Eine complicirtere Bewegung führt ebenfalls in rhythmischer Wiederholung ein Kranker aus, er fährt nämlich mit einer Hand in die Haare, beschreibt dann einen Kreis um seinen Kopf und kehrt in Ruhe zurück. Die offenbare Zwecklosigkeit dieser Bewegungen wird zuweilen dadurch verdeckt, dass mit irgend einem Gegenstande in an sich zweckmässiger Weise hantirt wird, so, wenn eine Kranke ihre Bettdecke immer wieder an einem Zipfel lüftet und von da aus glatt streicht. In diesen Fällen ist aber die Hantirung selbst offenbar zwecklos. Auch mehr oder weniger gewaltsame Bewegungen des ganzen Körpers, so bei weiblichen Kranken häufig coitusartige Bewegungen des Rumpfes gehören in diese Kategorie. Selbst ganz complicirte, durchaus spontan erscheinende Bewegungsanordnungen, wie z. B. dass ein Kranker pendelartig immer nach einer bestimmten Ecke des Zimmers marschirt, dort Kehrt macht und zurückgeht — stellen sich durch ihren Zusammenhang mit Mutacismus und anderen akinetischen Symptomen sowie durch ihre rhythmische Wiederkehr als pseudospontane Bewegungen heraus. Es sind also Bewegungen, die sich in monotoner Weise auf ein bestimmtes Muskelgebiet oder eine ganz bestimmte Bewegungsanordnung beschränken, die hierher gehören. Unter den hyperkinetischen Symptomen kommen zwar ähnliche Bewegungen in rhythmischer Wiederholung vor, aber niemals in so circumscripter und localisirter Weise.

Ausser der Negativität und der wächsernen Biegsamkeit ist hinsichtlich der passiven Beweglichkeit der Glieder oder des Rumpfes und Kopfes noch eine andere davon zu unterscheidende Störung nicht selten anzutreffen. Die Kranken scheinen den passiven Bewegungsversuchen auffallend willig nachzugeben, zuweilen gewinnt es sogar den Anschein, als ob sie sie activ unterstützten. Auch die so herbeigeführte Stellung wird gewöhnlich dann festgehalten. Man kann dieses Symptom, bei welchem jeder Widerstand in den Gelenken fehlt, als Pseudoflexibilitas der wächsernen Biegsamkeit

zur Seite stellen. Die Theilnahmlosigkeit der Kranken gegenüber den Bewegungsversuchen ist gewöhnlich die gleiche wie bei der eigentlichen Flexibilität. Die ungezwungenste Deutung dieses Symptomes, welches nur der Regungslosigkeit mässigeren Grades zukommt, ist die, dass es auf einer Art von Suggestionswirkung auf den Kranken beruht. Es wird gewissermaassen dem Kranken die Ausführung einer Bewegung, der er theilnahmlos gegenüber steht, durch den Untersucher suggerirt. Dass die Akinese, der Ausfall spontaner Einwirkungen auf die Musculatur, dafür den geeignetsten Boden abgiebt, ist leicht verständlich. Die Pseudo-Flexibilitas kommt oft dann zur Erscheinung, wenn die eigentliche wächserne Biegsamkeit im Nachlass und überhaupt eine Besserung in dem Zustande der Kranken zu bemerken ist. Sie zeigt sich dadurch als leichterer Grad der vorerwähnten Störung. Mit unserer Auffassung, dass ihr eine Suggestionswirkung zu Grunde liegt, steht es im Einklange, dass es zuweilen in diesem Stadium der Krankheit gelingt, durch verbale Suggestion auch andere akinetische Symptome, wie den Mutacismus, die Nahrungsverweigerung und die Unsauberkeit günstig zu beeinflussen. Es sind aber auch nur solche Fälle, in denen man die suggestive Methode der Behandlung mit Erfolg anwendet. Dass man sonst bei den Psychosen sich vergeblich damit abmüht, ist die übereinstimmende Erfahrung aller Beobachter und auch der enragirtesten Hypnotiseure.

Das Verharren in bestimmten Stellungen ist durchaus nicht ausschliesslich an die Symptome der wächsernen Biegsamkeit oder Pseudo-Flexibilitas geknüpft, es kommt auch unabhängig davon vor, indem die Kranken von selbst und scheinbar spontan bestimmte Stellungen einnehmen und darin mit krankhafter Hartnäckigkeit verharren. Am häufigsten trifft man in dieser Beziehung auf die merkwürdige Erscheinung, dass der Kopf von der Unterlage abgehoben in gebeugter Stellung des Nackens gehalten wird. Gewöhnlich wird diese unbequeme Stellung nur aufgegeben, wenn Schlaf eintritt. Eine Kranke der Art sprach sich darüber aus, was sie zu dieser Haltung des Kopfes bewog: Sie hatte das Gefühl, dass der Kopf sonst vollständig lose nach hinten fallen müsste.[1]) Nächst häufig beobachtet man das Einnehmen und Festhalten einer bestimmten, oft recht unbequemen, hockenden Stellung, z. B. mit untergeschlagenen Beinen, oder mit halb nach einer Seite gedrehtem Rumpf, oder die Bewahrung einer Mittelstellung zwischen Sitzen

1) Vgl. auch die Angaben der Patientin M. auf S. 412.

und Liegen, während der eine Arm als Stütze gebraucht wird, u. dergl. mehr. Seltener kommt es zu ganz perversen Stellungen, die dann nicht so lange festgehalten zu werden pflegen, z. B. dass eine Kranke die aus der Gynäkologie bekannte Knieellenbogenlage einnimmt, oder dass ein Kranker gegen die Wand gelehnt auf dem Kopfe steht u. dergl. mehr. Versucht man derartige fixirte Stellungen zu corrigiren, so kann die Reaction verschieden sein. Ein Theil der Kranken nimmt es ruhig hin, kehrt aber sofort in die frühere Stellung wieder zurück, andere Kranke werden unwillig und unter Umständen gewaltthätig. Dasselbe gilt für den Fall, dass man die in bestimmten Muskelgebieten fixirten pseudospontanen Bewegungen oder Bewegungsreihen verhindern will.

Meine Herren! Schon dieser vorläufige Versuch der Schilderung der hauptsächlichsten akinetischen Symptome musste eine Reihe von anscheinend heterogenen Erscheinungen zusammenfassen. Ich bin in dem Bestreben, nur Zusammengehöriges zu schildern, ausschliesslich durch die Erfahrungen der Klinik geleitet worden. Sie werden aber bemerkt haben, wie sehr es dabei auf die mehr oder weniger grosse Verbreitung, die Extensität der akinetischen Symptome, ankommt. Gewisse Symptome gehören ausschliesslich oder überwiegend der allgemeinen Regungslosigkeit hohen Grades an, so z. B. die wächserne Biegsamkeit und die Muskelstarre, andere erweisen sich als Prädilectionssymptome, welche wir bei nur partieller Akinese oder auch bei zwar allgemeiner, aber nur geringgradiger Akinese schon ausgeprägt finden. Dazu gehört der Mutacismus, die Negativität des Mundes und der Kiefer und auch des Nackens, auch die Nahrungsverweigerung. Im Allgemeinen den mässigeren Graden über den ganzen Körper verbreiteter Akinese gehören die Pseudo-Flexibilitas, die umschriebenen pseudospontanen Bewegungen und der ausschliesslich reactive Mutacismus an. Der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist es gemeinsam und liegt ja auch in der Natur der akinetischen Symptome, dass man über die inneren Vorgänge und die etwaigen Motive des Verhaltens der Kranken keine Auskunft erhält. Am häufigsten noch gelingt es, sei es in Zeiten der Remission, sei es nach überstandener Krankheit, zu ermitteln, dass angeblich Stimmen befehlenden und verbietenden Inhalts das Verhalten der Kranken bestimmt haben. Dass diese Phoneme nichts erklären, brauche ich nach meinen Ausführungen über die Bedeutung der Hallucinationen und besonders der Phoneme an früherer Stelle nicht mehr ausführlich zu begründen. Sie bedürfen vielmehr selbst der Erklärung, und es liegt nahe, sie in dem Affect der motorischen

Rathlosigkeit zu finden, den wir allgemein den motorischen Identificationsstörungen gegenüber voraussetzen können, der aber auch von einem Theil der Kranken in oder nach ihrer Krankheit unzweideutig geschildert wird. Voraussetzung hierfür ist nur ein gewisser Grad erhaltenen Sensoriums.

Meine Herren! Wir kommen damit auf die weitere Frage, inwieweit das akinetische Verhalten überhaupt Rückschlüsse auf den Zustand des Sensoriums gestattet. In dieser Beziehung lässt sich ein Satz mit Sicherheit vertreten, nämlich der, dass der Zustand des Sensoriums eine deutliche Abhängigkeit von der Extensität der akinetischen Symptome zeigt, ähnlich wie sich dies von der Muskelstarre behaupten liess. Bei Zuständen schwerer allgemeiner Regungslosigkeit trifft man ganz gewöhnlich auf eine Benommenheit des Sensoriums, die so weit gehen kann, dass sie auch von schmerzhaften Reizen nicht durchbrochen wird. Dem entsprechend pflegt auch eine Erinnerung an die so zugebrachte Zeit entweder gar nicht oder nur in der Art vorhanden zu sein, dass traumhafte Hallucinationen oder wirkliche Träume daraus bruchstückweise auftauchen und für wahr gehalten werden können. Bei hysterischer Aetiologie entspricht der Zustand des Sensoriums gewöhnlich mehr dem der sogenannten Ekstase, und die zurückbleibenden Erinnerungen sind auch mit dem Gefühlston überirdischer Erlebnisse ausgestattet. Gerade bei diesen Kranken trifft man auch auf fixirte Stellungen, wie sie dem Ausdruck verzückter Ekstase eigen sind. Bekanntlich sind es besonders solche Fälle, welche zur Aufstellung eines besonderen Krankheitsbildes, der Katalepsie, geführt haben. Seit der durch Kahlbaum angebahnten Kenntniss der Motilitätspsychosen ist dieser angebliche Typus einer functionellen Nervenkrankheit mehr und mehr aus den Lehrbüchern verschwunden. Ohne zu bestreiten, dass bei der Hysterie akinetische Zustände von kürzerer Dauer als sonst und auch besonders gutartigem Ablauf vorkommen, möchte ich doch ausdrücklich betonen, dass auch diese Fälle dem Gebiet der akinetischen Motilitätspsychose angehören. Den Gegensatz zu diesen traumhaften Zuständen finden wir in Fällen wie dem des Fräulein M.[1]) vertreten, wo die Helligkeit des Bewusstseins nichts zu wünschen übrig liess und sogar gestattete, einen ziemlich genauen psychischen Status aufzunehmen. Alle dazwischen liegenden Fälle zeigen ebenfalls ein mehr oder weniger klares Sensorium und dem entsprechend entweder eine geringere Verbreitung oder einen geringeren Grad der

1) Vgl. S. 407.

Akinese. Wo bei nur mässiger Verbreitung oder mässigerem Grade der Akinese das Sensorium erheblich getrübt ist, sind häufig zugleich delirante Züge, wie Bewegungsunruhe und Andeutungen von Beschäftigungsdelirien, beigemischt. Der höchste Grad von Bewusstlosigkeit findet sich dem gegenüber in seltenen alleracutesten Fällen, denen die Muskelstarre bis zu einem epileptiformen Grade, zuweilen auch in epileptischen Anfällen, nur von längerer Dauer, beigemischt ist und die in wenigen Tagen zum Tode führen.

Meine Herren! Der Zustand hochgradiger allgemeiner Regungslosigkeit ist den Irrenärzten von jeher bekannt gewesen, er wurde wohl auch als Attonität bezeichnet und als wesentliche Grundlage eines eigenen Krankheitsbildes, der Melancholia attonita oder Melancholia cum stupore betrachtet. Ich habe nicht nöthig, Sie darauf hinzuweisen, dass diese Krankheit mit der affectiven Melancholie in unserem Sinne nichts zu thun hat, es empfiehlt sich daher, diesen Namen fallen zu lassen und ihn durch den der akinetischen Motilitätspsychose zu ersetzen. Dass dabei ausser der Attonität noch eine ganze Reihe anderer motorischer Symptome, die dennoch klinisch zusammengehören, vorkommen, hat zuerst Kahlbaum in seiner Abhandlung über Katatonie nachgewiesen, das Verhältniss derselben zur Melancholie klargestellt und die Wichtigkeit des Befundes von Muskelspannungen bei Geisteskranken hervorgehoben. Insofern muss Kahlbaum als der eigentliche Begründer der Lehre von den Motilitätspsychosen anerkannt werden.

Meine Herren! Es ziemt sich wohl, dass ich diese Gelegenheit ergreife, um den Verdiensten Kahlbaum's gerecht zu werden. Nächst Meynert verdanken wir diesem grossen Forscher und Beobachter die hauptsächlichsten Fortschritte, welche die klinische Psychiatrie in neuerer Zeit gemacht hat. Sie könnten nun leicht meinen, dass ich mich damit auf denselben Standpunkt stelle, der Kahlbaum zur Aufstellung der Katatonie geführt hat, um so mehr, als die Bedeutung seiner Arbeit mehr und mehr anerkannt wird und einige begabte jüngere Psychiater dafür eingetreten sind. Dennoch muss man den Werth der Kahlbaum'schen Arbeit wesentlich darin erblicken, dass er eine Anzahl gewichtiger Bausteine zur Errichtung seines Gebäudes herbeigeschafft hat, während dieses Gebäude selbst nicht haltbar ist. Er ist dem Schicksal aller Autoren, die ein bestimmtes Gebiet monographisch bearbeitet haben, nicht entgangen und hat ein viel zu weit gefasstes Krankheitsbild gezeichnet, das sogar insofern einen Rückschritt bedeutet, als der enger gezogene Begriff der Melancholia attonita oder cum stupore darin unter-

gegangen ist. Daher auch die Schwierigkeit, für sein Krankheitsbild die allgemeine Anerkennung zu erringen, und der lebhafte Widerspruch, der sich noch jetzt dagegen geltend macht. Die oben geschilderten Motilitätssymptome sind eben durchaus nicht auf die von mir so genannten Motilitätspsychosen beschränkt, sie sind bei einer grossen Zahl anderer, bei Weitem complicirterer Krankheitsfälle und durchaus nicht bloss bei solchen acuter Entstehung anzutreffen. Nur wo sie, wie in den oben geschilderten Fällen, entweder allein oder ganz überwiegend das Krankheitsbild zusammensetzen, ist man berechtigt, eine besondere Krankheit von wesentlich motorischem Inhalt der Symptome anzunehmen. Insbesondere möchte ich hervorheben, dass „katatonische" oder in unserem Sinne specifisch motorische Symptome bei den meisten progressiv verlaufenden chronischen Psychosen in irgend einer Phase der Krankheit aufzutreten pflegen. Wir werden darin eine Mahnung erblicken, auch unser oben aufgestelltes Krankheitsbild der akinetischen Motilitätspsychose möglichst eng zu fassen.

Meine Herren! So sehr wir dies beachten mögen, so genügt uns doch der praktische klinische Gesichtspunkt, die Unmöglichkeit der Abgrenzung nach der einen Richtung anzuerkennen, dass im Hintergrund der akinetischen Motilitätspsychose noch eine weitergehende Desorientirung vorhanden sein kann, welche z. Z. der maassgebenden akinetischen Symptome eben durch diese verdeckt wird. Vielleicht gewinnen wir später Anhaltspunkte, auch nach dieser Richtung hin die reine akinetische Motilitätspsychose von den combinirten Formen derselben zu unterscheiden, vorläufig aber und bei dem jetzigen Stande unserer Kenntnisse wäre es gezwungen, diese hinsichtlich der akinetischen Symptome im Wesentlichen übereinstimmenden Fälle künstlich auseinander zu reissen. Auch die Betheiligung des Sensoriums, welche gerade in den ausgeprägtesten Fällen vorhanden ist, hat unverkennbar die Bedeutung einer Ausdehnung des Krankheitsvorganges über das psychomotorische Gebiet hinaus. Wir sind gewohnt, diese Erscheinungen von Seiten des Sensoriums als Allgemeinerkrankung den Herdsymptomen der Gehirnkrankheiten gegenüber zu stellen, dürfen aber nicht vergessen, dass sie ganz ebenso wie die von mir unterschiedenen indirecten Herdsymptome auf einer Summation von einzelnen Ausfällen beruhen und wie jene eine Nebenwirkung (Fernwirkung der Autoren) der Herderkrankung vorstellen. Wir müssen andererseits anerkennen, dass jeder höhere Grad von Benommenheit des Sensoriums eine gewisse Desorientirung auf allen drei Bewusstseinsgebieten in sich schliesst, und so sehen wir, dass

die grössere Extensität des Krankheitsvorganges der Natur der Sache nach von der Intensität nicht zu trennen ist. Dem entspricht es auch, dass eine schwere Betheiligung des Sensoriums ausschliesslich bei den höheren Graden allgemeiner Regungslosigkeit zu beobachten ist. Es müssen also andere Kriterien sein, nach denen wir das Krankheitsbild der akinetischen Motilitätspsychose abzugrenzen versuchen können, und wir finden solche hauptsächlich in dem Verlauf der Krankheit. Demgemäss wollen wir als akinetische Motilitätspsychose diejenigen acuten Krankheitsfälle zusammenfassen, welche in rascher Entwickelung den oben geschilderten Complex akinetischer und parakinetischer Symptome bieten und durch eine längere Krankheitsdauer continuirlich beibehalten. Dass sich der weitere Verlauf dann ganz verschieden gestalten kann, ist ebenso verständlich wie die uns geläufige Erfahrung, dass nach einem apoplektischen Insult mit schwerer Bewusstlosigkeit bald vollständige Restitution, bald ein ganz umschriebenes, bald eine Reihe von Herdsymptomen zurückbleiben können. Bekanntlich bieten gerade diejenigen Herdsymptome, welche unter ausgeprägten Insulterscheinungen einsetzen, in diesem beschränkten Sinne eine Aussicht auf Heilung, und die Deutung dieser Thatsache liegt zweifellos darin, dass ein auf diese Weise entstandenes Herdsymptom auf Nebenwirkung beruhen und indirectes Herdsymptom sein kann, aber natürlich kann der gleiche apoplektische Beginn auch directe und deshalb unheilbare Herdsymptome begleiten. So zeigt sich auch von der akinetischen Motilitätspsychose gerade ein Theil derjenigen Fälle, welche mit Benommenheit und Muskelstarre einher gehen, der Heilung zugänglich, wofür der Fall unseres Universitätsprofessors am beweisendsten ist.

Der Beginn der akinetischen Motilitätspsychose kann ganz plötzlich, fast apoplektiform sein. So scheinen die oben [1]) kurz erwähnten acutesten Krankheitsfälle von rasch deletärem Verlauf apoplektiform einzusetzen. Aber auch abgesehen von diesen, kommt ein ähnlicher acuter Ausbruch zuweilen vor. So ist uns im Laufe der Jahre wiederholt der Fall vorgekommen, dass derartige Kranke auf der Strasse oder in einem fremden Hausflür regungslos gefunden worden waren und in unsere Klinik gebracht wurden, während sich nachher feststellen liess, dass die Kranken bis dahin ihrer gewohnten Beschäftigung nachgegangen waren. Andere Male beobachtet man ein Initialstadium von wenigen Tagen, in welchem eine Rathlosigkeit von nicht ausschliesslich motorischem Gepräge mit Angst- und Verzweif-

---

1) Vgl. S. 429.

lungsausbrüchen das Bild beherrscht; unser Universitätsprofessor ist ein Beispiel der Art. Ein durch Wochen dauerndes Initialstadium des Beziehungswahns kennzeichnet wahrscheinlich eine besondere Kategorie von Fällen. Die Dauer des akinetischen und parakinetischen Zustandes beträgt gewöhnlich einige Wochen. Das gegenseitige Verhältniss ist dabei unzweifelhaft das, dass die Akinese die intensivere Krankheitserscheinung darstellt, dementsprechend stellen sich die parakinetischen Symptome gewöhnlich erst dann ein, wenn schon ein Nachlass der Akinese zu bemerken ist. Auch in den selteneren Fällen von hochgradiger verbreiteter Akinese bei relativ freiem Sensorium kommen die parakinetischen Symptome, wie Verbigeriren, Bewegungssterotypien, abgeänderte Gangbewegungen u. dergl. mehr, besonders dann zum Vorschein, wenn es bei ausgesprochener initiativer Akinese doch gelingt, die Kranken zu Reactivbewegungen zu veranlassen. Auf das akinetisch parakinetische Stadium, in welchem wir die Akme der Krankheitscurve erblicken müssen, folgt ganz gewöhnlich ein paranoisches Stadium, dem jedoch noch mehr oder weniger parakinetische Symptome beigemischt sein können. Erst in diesem paranoischen Stadium pflegt sich herauszustellen, ob überhaupt und inwieweit noch andere Identificationsstörungen als solche des psychomotorischen Gebietes in dem Krankheitsbild enthalten waren. Zu den günstigsten Fällen gehören solche wie die unseres Professors, bei welchem das paranoische Stadium so lange als bestehend angenommen werden musste, als die volle Krankheitseinsicht in die traumhaften Erlebnisse des akinetischen Zustandes noch nicht erworben war. Wie in diesem Falle, so stellen sich auch in den meisten ähnlich günstigen Verlaufes besonders hypochondrische Symptome als Zeichen verbreiteterer somatopsychischer Desorientirung während des paranoischen Stadiums heraus.

Das Festhalten vereinzelter Wahnvorstellungen, die noch dazu an traumhafte Erinnerungen anknüpfen, bedingt übrigens nur die Andeutung eines paranoischen Zustandes. Zeichen psychischer Schwäche, wie emotionelle Incontinenz und leichte Erschöpfbarkeit, sind ihm auch in solchen günstig verlaufenden Fällen beigemischt. Andere Male folgt auf das akinetisch parakinetische Stadium bald ein solches ausgesprochener Demenz, welches entweder nach meist ziemlich langem Bestande ein halbes bis ein Jahr noch in Heilung übergehen kann, andere Male den definitiven Ausgang der Krankheit bildet. Nicht selten folgt das Stadium der Demenz auch noch erst auf ein dazwischen geschobenes paranoisches Stadium, und dies scheinen Fälle zu sein, die überwiegend in bleibende Demenz

auslaufen. Ist das paranoische Stadium sehr ausgeprägt, d. h. zu einer förmlichen Systembildung gediehen, so kann sich dennoch eine Correctur noch einstellen, und man beobachtet dann eine langsame und gleichmässig anwachsende Zunahme der Krankheitseinsicht und schliesslich etwa in Jahresfrist vollständige Genesung ohne zurückbleibende Defecte. Bei diesem günstigen Ablauf treten auch die Elementarsymptome der Phoneme und des Beziehungswahnes bald zurück. In anderen Fällen kommt es zu einer fortschreitenden Systembildung, wobei mit Vorliebe religiöse Grössen- und Verfolgungsideen, ein sogen. Prophetenwahn, resultirt, zuweilen mit durchdachtester Begründung und offenbar hochstehender intellectueller Productivität. Erhebliche Erinnerungsdefecte können sowohl das paranoische als das demente Stadium begleiten, sie beziehen sich auf das akinetische Stadium.

Meine Herren! Fragen wir uns, worauf es beruht, dass auf das akinetisch-parakinetische Stadium das eine Mal ein paranoisches, das andere Mal ein Stadium der Demenz folgt, so kann natürlich nur die Uebersicht über eine grössere Anzahl von Fällen darüber Aufschluss geben. Danach scheint sich herauszustellen, dass der Zustand des Sensoriums während der akinetischen Phase hauptsächlich dabei in Betracht kommt. Je mehr es betheiligt ist, je mehr der Zustand dem Schlafe oder der Bewusstlosigkeit nahe kommt, desto leichter kommt es zur Ausbildung eines dementen Stadiums, und besonders pflegt dies auch auf die sogen. Dämmerzustände mit deliranten Begleiterscheinungen zu folgen. Ist das Sensorium nur wenig betheiligt, so kommt es dagegen gewöhnlich zu ausgeprägten paranoischen Zuständen, wiewohl auch diese noch heilbar sein können. Obwohl dieses Ergebniss einer statistischen Uebersicht der Fälle entnommen ist, so bildet es auch eine Bestätigung dessen, was wir von vornherein erwarten mussten. Die Wahnbildung des paranoischen Stadiums beruht hier wie in anderen Fällen hauptsächlich auf Erklärungswahnideen, und für deren Bildung ist ein gewisser Grad erhaltenen Sensoriums Voraussetzung. Freilich scheint der Fall des Fräulein M., den ich Ihnen berichtet habe, ein Beispiel dafür zu sein, dass Erklärungswahnideen auch bei ganz hellem Sensorium ausbleiben können, es ist aber zu bedenken, dass der Fall verhältnissmässig frisch ist und nach allen Analogien das Auftreten von Erklärungswahnideen im weiteren Verlaufe noch erwarten lässt. Was den Ausgang unserer Krankheit betrifft, so muss ich den nicht so seltenen Ausgang in vollständige Genesung, den ich sowohl nach nur angedeutetem oder auch ausgeprägtem paranoischen

Stadium als auch nach einem Stadium der Demenz beobachtet habe, noch ausdrücklich hervorheben, da in dem Lehrbuch von Kraepelin die Demenz als regelmässiger Ausgang der hierher gehörigen Krankheitsfälle bezeichnet wird. Es tritt uns hier wie auch sonst vielfach ein leichter Sinn und ein Ignoriren von Thatsachen entgegen, welche wohl am allerwenigsten zu einem Lehrbuche passen. Auch die von Kraepelin betonte Neigung zu Recidiven ist keineswegs grösser als bei den meisten anderen acuten Psychosen.

Was die Aetiologie unserer Krankheit betrifft, so befällt sie mit Vorliebe Personen jugendlichen Alters und von diesen überwiegend das weibliche Geschlecht. Zur Menstruation ist sie nicht ohne Beziehung. Verhältnissmässig häufig ist das Puerperium oder sonstige erschöpfende Einflüsse als nächste Ursache anzutreffen. Emotionen sind oft vorangegangen, und die Hysterie liefert, wie schon oben erwähnt, einen gewissen Bruchtheil der Fälle. Verhältnissmässig gross ist der Procentsatz derjenigen Fälle, welche schon vorher einen meist angeborenen Schwachsinn mässigen Grades oder wenigstens ein Zurückbleiben der geistigen Entwickelung aufzuweisen hatten.

Die Diagnose hat hinsichtlich des akinetischen Zustandes keine Schwierigkeiten, wenn man sich an die oben gegebene Schilderung hält. Darüber hinaus unser enger gefasstes Krankheitsbild der acuten akinetischen Motilitätspsychose zu diagnosticiren ist man nur im Stande, wenn man die Vorgeschichte des Krankheitsfalles kennt, also feststellen kann, dass die akinetischen Symptome selbstständige Bedeutung haben und nicht nur einem schon vorher vorhandenen anderweitigen Krankheitsbilde aufgepfropft sind. Sodann ist eine gewisse Dauer des akinetischen Zustandes in continuo für die Differenzialdiagnose von anderen Motilitätspsychosen wichtig, von diesen wird später die Rede sein. Nur ein remittirendes Verhalten der akinetischen Phase, so dass dieselbe von einem einige Tage währenden Nachlass der Erscheinungen unterbrochen ist, kommt zuweilen vor und soll ausdrücklich Erwähnung finden. Von vereinzelten Unterbrechungen der Regungslosigkeit durch anscheinend spontane, in Wirklichkeit als Reaction auf Hallucinationen zu betrachtende Acte ist schon oben die Rede gewesen. Die Diagnose gegen Melancholie berühre ich hier nur wegen des immer noch herrschenden Wirrwarrs in der Nomenclatur. Die ausgeprägten Fälle von sogen. Melancholia attonita oder cum stupore gehören alle hierher. Nur die intrapsychisch bedingte Akinese des Blödsinns und der sogen. depressiven Melancholie könnte mit unserer Krankheit verwechselt werden. Jedoch findet man dabei niemals die ausgesprochen reactive Akinese,

wie bei der akinetischen Motilitätspsychose, der Gegensatz zwischen der mangelnden Initiative und den wohlerhaltenen Reactionen auf äussere Anregung ist dabei immer sehr auffallend. Ferner fehlen sowohl bei der Demenz als bei der depressiven Melancholie die specifisch motorischen Symptome der Muskelstarre, der Negativität, der Flexibilitas cerea und der Pseudo-Flexibilität.

Die Behandlung der akinetischen Motilitätspsychose hat eine Reihe der wichtigsten Aufgaben zu erfüllen, welche sich an ganz bestimmte Symptome anknüpfen. Dazu gehört in erster Linie die Bekämpfung der Nahrungsverweigerung. Gerade die hierher gehörigen Fälle müssen meist durch längere Zeit künstlich, d. h. durch Einführung der Schlundsonde, ernährt werden. Ueber die Zweckmässigkeit dieser Maassregel ist viel hin und her gestritten worden, und es giebt noch jetzt vereinzelte Autoren, welche sie wegen der damit verbundenen Gefahren perhorresciren. Ich bin nun weit entfernt, diese Gefahren zu leugnen, möchte vielmehr betonen, dass selbst bei vorsichtigstem Manipuliren und grosser Uebung in diesem Handgriff es vorkommen kann, dass die Kranken die Ernährungsflüssigkeit aspiriren und auf diese Weise ersticken können. Mir selbst ist dies einmal begegnet, und auch die sofort ausgeführte Tracheotomie konnte den üblen Ausgang nicht abwenden. Das soll uns aber nur eine Mahnung sein, die Fütterung nicht unter allen Umständen erzwingen zu wollen, sondern rechtzeitig davon abzustehen, sobald heftige Würgbewegungen und Hustenstösse den Abfluss der Ernährungsflüssigkeit verhindern oder es überhaupt unsicher erscheinen lassen, ob man nicht gar mit der Sonde in die Trachea gerathen ist. Die mechanische Schwierigkeit, auf die man hier zuweilen stösst, besteht in einem lähmungsartigen Herabsinken des Kehlkopfes, dem gleichen Befund, der auch zuweilen bei acuter Bulbärparalyse die Einführung der Schlundsonde sehr erschwert. In anderen Fällen liegt zwar nicht dieser Befund vor, aber eine krampfhafte Constriction des Pharynx, durch welche ebenfalls der Kehlkopf gegen die hintere Pharynxwand gepresst und das gleiche Hinderniss hergestellt wird. Die vom Rachen- oder Nasenraum aus eingeführte Schlundsonde stösst dann gegen den oberen Rand des zurückgelehnten Kehldeckels, und wenn es gelingt, dieses Hinderniss zu beseitigen, gegen den offenen Kehlkopfeingang. Hat man mit solchen Schwierigkeiten zu kämpfen, so empfiehlt es sich, zunächst eine kleine Quantität indifferenter Probeflüssigkeit, also klares Wasser, in den Trichter einzufüllen. In jedem Falle ist zuzuwarten, bis Würgbewegungen und Hustenstösse einigermaassen nachgelassen

haben. Ist dies nicht zu erreichen, so ist der Versuch der Fütterung zunächst aufzugeben und ein anderes Mal zu wiederholen. Gelingt er auch dann nicht, während doch die Indication zur Zwangsfütterung fortbesteht, so wird man sich unter Umständen zur Anwendung eines leichten Grades von Narkotisirung entschliessen. Dabei empfiehlt es sich, nicht Chloroform, sondern Aether anzuwenden und die Narkose nicht über den Punkt hinaus zu treiben, dass ein reflectorischer Schlingact noch stattfinden kann. Andere Male wird man vorziehen von der Einführung der Schlundsonde ganz abzustehen und sich begnügen, wenn nur zuweilen Spuren von Flüssigkeit spontan geschluckt werden, auch ernährende Clystiere sind zu versuchen. Uebrigens sind es immer nur bestimmte Ausnahmsfälle, bei welchen man auf solche Schwierigkeiten stösst, sei es, dass ein energischer bewusster Widerstand entgegengesetzt wird, sei es, dass es sich um ein traumartiges, triebhaftes Widerstreben bei totaler Verkennung der Situation oder überwältigenden hypochondrischen und Angstvorstellungen handelt. In den bei Weitem überwiegenden hierher gehörigen Fällen ist dagegen die künstliche Fütterung ohne wesentliches Widerstreben ausführbar, und es wäre ein Fehler, sie in diesen Fällen nicht anzuwenden, weil sie in gewissen anderen Fällen Gefahr bringt. Häufig gewöhnen sich die Kranken rasch an den Eingriff und helfen sogar mit oder geben sonst Zeichen der Dankbarkeit zu erkennen. Als Material empfiehlt sich am meisten eine dickwandige Nélaton'sche Sonde mit seitlichen Oeffnungen. Die Fütterung durch die Nase ist bei Weitem praktischer und meist auch leichter ausführbar als die durch den Mund. Als Fütterungsflüssigkeit empfiehlt sich am meisten eine nach den Voit'schen Verhältnisszahlen zusammengesetzte Mischung von Milch, Zucker und Eiern. Etwaige Medicamente oder Wein werden zweckmässig im Anschluss an die Fütterung eingegossen. Die Fütterung hat für gewöhnlich zwei Mal in 24 Stunden zu erfolgen.

Die Nothwendigkeit der Fütterung ist zum Theil in der besonders schweren Natur der Krankheit begründet. So führe ich den Krankheitsfall eines jungen Mädchens an, welches acht Tage nach dem acuten Beginn ihrer Krankheit in unsere Klinik aufgenommen wurde und unter unregelmässigem Fieber mit raschem Kräfteverfall innerhalb drei Wochen zu Grunde ging. Die Fütterung begegnete keinerlei Schwierigkeit und fand ganz regelmässig statt, trotzdem betrug der Gewichtsverlust bis zum Exitus 18 Pfund, also täglich fast ein Pfund. Die Section ergab keinerlei Organerkrankung, aber das abnorm tiefe Gehirngewicht von 1100 g. Eine ähnliche Abnahme des Körper-

gewichtes trotz genügender Nahrungszufuhr ist bei akinetischer Motilitätspsychose nicht selten zu beobachten und beweist, wie schwer das ganze Krankheitsbild aufzufassen ist.

Nächst der Sorge für die Ernährung ist die für die Stuhl- und Urinentleerung am wichtigsten. Nicht selten wird wenigstens zeitweilig der Katheterismus der Blase nothwendig, im Uebrigen ist durch regelmässiges Herausnehmen der Kranken aus dem Bett und Führen zum Closet eine Art von Gewöhnung anzustreben. Finden bei sehr benommenem Sensorium oder in Folge anderer Bedingungen Entleerungen ins Bett statt, so ist für peinlichste Sauberkeit Sorge zu tragen. Uebrigens ist die Gefahr des Decubitus so gering, dass ich bei der vorliegenden Krankheit niemals einen solchen gesehen habe.

Meine Herren! Nach meiner Ueberzeugung ist auch das Verhalten der Musculatur ein besonderer und dankbarer Gegenstand der Behandlung, wenn ich auch grössere Erfahrungen darüber nicht anführen kann, weil die Verhältnisse der Klinik dafür ungünstig liegen. Bedenkt man aber, welchen grossen Werth der Zustand der Musculatur theils für den Stoffwechsel, theils für das subjective Wohlbefinden der Kranken haben muss, so wird man eine systematische Muskelbehandlung in allen den Fällen durchzuführen suchen, wo sie durch die äusseren Verhältnisse ermöglicht wird. Diese Behandlung wird in regelmässigen passiven Bewegungen, Massage und localer Faradisation der Muskeln zu bestehen haben. Auf eine sorgfältige Hautpflege durch Waschungen und Bäder brauche ich nicht besonders aufmerksam zu machen.

Die Prognose der Krankheit ist selbst quoad vitam immer zweifelhaft, nicht nur wegen der in einzelnen Symptomen wie der Nahrungsverweigerung begründeten Gefahren, sondern auch nach der ganzen Natur der vorliegenden Krankheit, wie ich soeben schon betont habe. Ausserdem ist das acute Initialstadium in vielen Fällen noch von besonderer Gefahr, indem die körperliche Rathlosigkeit zu schweren Selbstbeschädigungen, die autopsychische Rathlosigkeit zu Selbstmordversuchen drängen kann. So habe ich schon einen Fall angeführt, in welchem mehrfache Selbstmordversuche vereitelt worden waren, ehe der Kranke zur Aufnahme gelangte[1]). Ist das akinetische Stadium überstanden, so ist im Allgemeinen das Leben nicht mehr gefährdet, d. h. wenn nicht etwa besondere Complicationen vorliegen, von denen ich hier nur die der Mundfäule und scorbutartiger Blutungen in die Gewebe erwähnen will. Dagegen wird erst jetzt die

1) Vgl. auch Fall 2 Heft 1 der „Krankenvorstellungen".

Frage actuell, ob Wiederherstellung oder der Ausgang in Demenz oder in eine fortschreitende chronische Psychose zu erwarten ist. In vielen Fällen lässt sich die Prognose in dieser Beziehung aus der Körpergewichtscurve entnehmen. Ein rasches Steigen des Körpergewichtes mit entsprechender Besserung der psychischen Symptome gestattet einen ziemlich sicheren Schluss auf vollständige Heilung. Kommt es dagegen zu einem ausgeprägten Stadium der Demenz, so ist die Zunahme des Körpergewichtes für die Prognose nicht verwerthbar, es kann dann immer noch selbst nach längerem Bestehen der Demenz — bis ein halbes Jahr und darüber — noch nachträglich zur Restitution kommen. Ein rasches Ansteigen der Körpergewichtscurve, während sich gleichzeitig ein ausgeprägtes paranoisches Stadium ausbildet, scheint von ungünstiger Bedeutung für den schliesslichen Ausgang zu sein.

Fünfunddreissigste Vorlesung.

Akinetische Phasen bei hyperkinetischer Motilitätspsychose. Cyklische und complete Motilitätspsychose. Bedeutung des paranoischen Stadiums. Excurs über intrapsychische Akinese. Kennzeichen der psychomotorischen Akinese. Theoretische Betrachtungen zum Verständniss der Motilitätspsychosen.

Meine Herren!

Es musste uns daran gelegen sein, zunächst an den beiden möglichst eng gefassten Krankheitsbildern der hyperkinetischen und akinetischen Motilitätspsychose den festen Standpunkt zu gewinnen, von dem aus es möglich erscheint, auch in das Gebiet der an Zahl bei Weitem überwiegenden Fälle einzudringen, die zwar ebenfalls durch specifisch motorische Symptome ihr besonderes Gepräge erhalten, aber nach irgend einer Richtung complicirter sind, als die bislang betrachteten Fälle.

Zunächst sind es Verschiedenheiten des Verlaufes, die hier in Betracht kommen, und Combinationen zwischen den beiden entgegengesetzten Zuständen der Hyperkinese und Akinese. Solche Combinationen treffen wir durch zwei Haupttypen vertreten. Der eine besteht darin, dass entweder im Anfang oder zu irgend einer Zeit des Verlaufes einer hyperkinetischen Motilitätspsychose auf Stunden oder höchstens wenige Tage das Bild einer akinetischen Motilitätspsychose auftritt. Offenbar handelt es sich in solchen Fällen um eine Steigerung des Krankheitsprocesses, so dass an die Stelle des Reizsymptomes das Ausfallsymptom tritt. Auch in dem Krankheitsbilde der agitirten Verwirrtheit kann man zeitweilig eine solche Steigerung der hyperkinetischen zu akinetischen Symptomen beobachten. In zwei Fällen der Art bildete ein ein- und zweitägiges akinetisch-parakinetisches Stadium den acuten Beginn einer verworrenen Manie. Der zweite Typus dieser Combination besteht in der gegenseitigen Ablösung der beiden entgegengesetzten Zustände von

Hyperkinese und Akinese, während jede einzelne Phase das oben geschilderte Bild der hyperkinetischen und akinetischen Motilitätspsychose producirt. Der Hauptunterschied gegen den vorigen Typus liegt also in dem protrahirteren continuirlichen Verlauf jeder Phase. Sie sehen, meine Herren, es handelt sich um das Gegenstück zu der Ihnen schon bekannten circulären Psychose, welche in reinen Fällen eine eben solche Abwechslung von Manie und Melancholie zeigt. In der That kommt, wie bei der circulären Psychose, auch hier zuweilen ein mehrfacher Wechsel von akinetischen und hyperkinetischen Phasen vor, wenn auch nicht mit der Regelmässigkeit, wie bei der circulären Psychose. Diese Fälle scheinen sich auch durch ihre ungünstige Prognose besonders auszuzeichnen.

Viel häufiger kommt es jedoch nur zu einem einmaligen Turnus der Art, und ich möchte deshalb den Namen circulär vermeiden und dagegen von der besonderen Form der cyklischen Motilitätspsychose reden. Fälle der Art habe ich fast nur bei jungen Mädchen und Frauen gesehen, und ihre Aetiologie scheint überwiegend menstruell und puerperal zu sein. Das hyperkinetische Stadium macht immer den Anfang, zwischen dieses und das akinetische oder auch erst auf das letztere ist oft ein deutliches Stadium des Erschöpfungsstupors eingeschoben, der schliessliche Ausgang ist entweder Heilung, oder Tod, oder tiefe Demenz. Dem hyperkinetischen Stadium ist oft ein maniakalischer, dem akinetischen ein melancholischer Zustand beigemischt, d. h. das eine Mal intrapsychische Hyperfunction, das andere Mal intrapsychische Afunction. Meist sind die Kranken zugleich total desorientirt, besonders ist auch die motorische Rathlosigkeit immer sehr ausgesprochen. Man könnte in diesen Fällen von einer Substitution des einen Krankheitsbildes durch das andere sprechen. Wahrscheinlicher ist aber auch hier das akinetische Symptom immer der Ausdruck gesteigerter Intensität. Gerade in solchen Fällen cyklischer Motilitätspsychose kommt es nämlich vor, dass der Eintritt der akinetischen Phase in gewissen Theilgebieten der Motilität früher stattfindet als in anderen, besonders beobachtet man, dass der motorische Rededrang schon in Mutacismus übergegangen ist, während der motorische Bewegungsdrang noch einige Tage andauert, um dann ebenfalls in Regungslosigkeit überzugehen. In den ungünstig verlaufenden Fällen hat das hyperkinetische Stadium gewöhnlich einen angstvollen hypochondrischen Inhalt mit entsprechenden Phonemen.[1])

---

1) Beispiele cyklischer Motilitätspsychose sind die Fälle 6, 15 und 21 der „Krankenvorstellungen“ Heft 1.

Wenn wir soeben gesehen haben, dass so entgegengesetzte Zustände wie die motorische Hyperkinese und Akinese combinirt vorkommen können, so werden wir uns nicht wundern, wenn wir und zwar ziemlich häufig auf Krankheitsfälle treffen, deren Hauptkennzeichen ein Gemisch von akinetischen, hyperkinetischen und parakinetischen Symptomen ist. Diese Fälle von gemischter oder, wenn man will, completer Motilitätspsychose zeigen also nicht besondere Phasen, die nur je einer Kategorie angehören, sondern in raschem zeitlichen Wechsel ist bald die Hyperkinese, bald die Akinese oder Parakinese überwiegend, oder es bestehen von vornherein gleichzeitig akinetische, hyperkinetische oder parakinetische Symptome in verschiedenen Muskelgebieten. Eine besondere Erwähnung verdienen hier gewisse recidivirende Fälle von nur Stunden oder Tage langer Dauer, mit schwerstem Affect und totaler Desorientirung einhergehend und von einem Stadium der Erschöpfung und der Amnesie gefolgt. Solche Anfälle kommen auch vereinzelt als sogen. transitorische Psychosen vor; Fälle, in denen sie in kurzer Zeit recidivirten, habe ich immer ungünstig verlaufen sehen. Die naheliegende Vermuthung, dass Epilepsie dabei im Spiele sei, hat sich nicht erweisen lassen. Der Umstand, dass in solchen Fällen completer Motilitätspsychose die Möglichkeit der Communication mit den Kranken erhalten ist, eröffnet einen Einblick in die Verschiedenheit, welche dabei hinsichtlich der Desorientirung besteht. Das Sensorium wird dabei ebenfalls nur ganz vorübergehend getrübt oder bleibt ganz frei. So lässt sich feststellen, dass in gewissen Fällen fast ausschliesslich die Motilität betroffen ist, und gerade diese Fälle scheinen sich durch rasche Ausbildung von Erklärungswahnideen auszuzeichnen, ohne deshalb ungünstig zu verlaufen. Gerade diese Kranken sind es auch, von denen man nach eingetretener Genesung die beste Auskunft über den rein motorischen Charakter ihrer Krankheitssymptome erhält.

Meine Herren! Eine ausschliesslich parakinetische Form von Motilitätspsychose zu statuiren, ist nach den Erfahrungen der Klinik nicht gestattet. Wo in einem Krankheitsbilde lange Zeit oder auch die ganze Krankheit hindurch die abgeänderte Form der Bewegungen dominirt, wie Sie z. B. in einem Falle gesehen haben,[1]) stellt es sich doch heraus, dass Phasen von Akinese und Hyperkinese dabei zu unterscheiden sind, so dass die, wenn auch auffällige, Parakinese doch nicht selbstständig besteht. Der Begriff der Parakinese ist

1) Vgl. Fall 15 Heft 1 der „Krankenvorstellungen".

offenbar nur ein Nothbehelf, wie wir ja auch die Parästhesie peripherischer Nerven zum Theil der Hyperästhesie, zum Theil der Parästhesie unterordnen könnten, ohne einen wesentlichen Theil der Symptomatologie dadurch einzubüssen.

Meine Herren! Wie wir oben gesehen haben, liegt es in der Natur der akinetischen Symptome, dass die Entscheidung darüber, inwieweit ihnen noch andere Identificationsstörungen beigemischt sind, oft gar nicht und andere Male erst nach Ablauf des akinetischen Stadiums möglich ist. So müssen wir denn mit der Möglichkeit rechnen, dass auch das oben rein empirisch gezeichnete Krankheitsbild der akinetischen Motilitätspsychose zu weit gefasst ist und noch Fälle enthält, bei denen der motorische Symptomencomplex einem anderen ebenso erheblichen nur aufgepfropft ist und ihn zunächst verdeckt. Wie berechtigt diese Auffassung ist, sehen wir an einem Theil der Fälle von completer Motilitätspsychose. Dieselben lassen von vornherein ausser den zeitlich wechselnden motorischen Symptomen das Bild des phantastischen Bedrohungswahnes mit schwerer Desorientirung auf allen drei Bewusstseinsgebieten erkennen und scheinen immer ungünstig auszulaufen. Ganz ähnlich ist der phantastische Bedrohungswahn im paranoischen Stadium einer akinetischen Motilitätspsychose zuweilen nur der Ausdruck einer Desorientirung, die vorher durch das akinetische Stadium verdeckt war. Auch diese Fälle haben überwiegend eine ungünstige Prognose. Andere Male ist der phantastische Bedrohungswahn bei wohl erhaltener allopsychischer Orientirtheit in dem gleichen paranoischen Stadium zu beobachten und nur mit hypochondrischen Sensationen meist überwiegend intestinaler Art verbunden. Auch diese Fälle nehmen überwiegend einen ungünstigen Verlauf, so dass wir einigermaassen berechtigt sind, den phantastischen Bedrohungswahn bei Motilitätspsychosen überhaupt als prognostisch ungünstiges Symptom aufzufassen.

Meine Herren! Um ein Verständniss anderer noch complicirterer Fälle von Motilitätspsychosen zu gewinnen, wäre es angezeigt, alle diejenigen Symptome, die auf Identificationsstörungen der psychomotorischen Bahn Zm beruhen, im Zusammenhange zu besprechen, wie wir das in analogen Fällen früher immer gethan haben. Dabei stellt es sich aber als nothwendig heraus, vor Allem darüber klar zu werden, wie sich die intrapsychische Akinese von der psychomotorisch bedingten unterscheidet. Ein Excurs über die *intrapsychische Akinese* ist deshalb unvermeidlich.

Meine Herren! Die affective Melancholie bot uns ein Beispiel dafür, dass die von einem hypothetischen Schema abgeleiteten Sym-

ptome und nur ausschliesslich diese ein Krankheitsbild zusammensetzten, welches in der Wirklichkeit sehr häufig anzutreffen ist. Nicht ebenso einfach liegen die Dinge in Bezug auf denjenigen Krankheitszustand, welcher als der schwerere Grad der intrapsychischen Functionsstörung eine objectiv auffällige Akinese, d. h. einen Ausfall an psychisch veranlassten Bewegungen zur Folge hat. Die selbstständige Bedeutung eines solchen Zustandes, für den ich unter allem Vorbehalt den Namen der depressiven Melancholie anwenden möchte, ist mir im Laufe der Jahre mehr und mehr zweifelhaft geworden. Ich will zunächst die von unserem Schema abzuleitenden Kennzeichen dieses Zustandes kurz aufführen. Die Kranken der Art hören auf, aus eigenem Antriebe zu sprechen oder etwas zu thun, sie zeigen also die Symptome des initiativen Mutacismus und der initiativen Akinese. Auch die Expressivbewegungen sind entsprechend spärlicher, das Gesicht weniger belebt, während die Reactivbewegungen zwar ebenfalls betheiligt, aber doch verhältnissmässig besser erhalten sind. So weit die Reactivbewegungen beeinträchtigt sind, geschieht dies nach der Schwierigkeit der intrapsychischen Leistung, keinesfalls aber nach Unterschieden in den zu innervirenden Muskelgruppen. Mit dem gänzlichen Versagen der Associationsthätigkeit hört der Affect, der an das Gefühl der subjectiven Insufficienz geknüpft ist, ebenfalls auf, und an Stelle der überwerthigen Idee tritt ein Mangel an Gedanken, vielleicht sogar zeitweilig gänzlicher Gedankenstillstand. Denkbar ist auch ein Angstaffect, sobald wir uns daran erinnern, dass auch das Versagen der Associationsthätigkeit in gewissem Sinne eine Bedrohung des Körpers darstellt. Dagegen fehlen die specifisch motorischen Symptome der Flexibilitas, Pseudo-Flexibilitas, der Muskelstarre und der Negativität.

Kranke, welche dem geschilderten Bilde entsprechen, kommen nicht selten vor. Schon die affective Melancholie kann zeitweilig Anklänge daran zeigen, und ich glaube, in früheren Jahren Uebergänge des einen Zustandes in den anderen beobachtet zu haben, wobei das Bild der depressiven Melancholie den schwereren Grad der Krankheit darstellte, Fälle übrigens, die immer einen sehr viel längeren Verlauf zeigten, als die grosse Mehrzahl der Fälle von affectiver Melancholie. Besonders schien mir eine eigenthümlich retardirte sprachliche Reaction für diese Fälle charakteristisch, eine sichtliche Erschwerung der Antworten, welche nur mit tonloser leiser Stimme oder nach mehrfachem Drängen und oft erst in dem Augenblicke, da ich mich von den Kranken abwendete, gegeben wurden. Das gleiche Zögern, die gleiche Erschwerung und Verlangsamung,

anscheinend die Ueberwindung einer Art von Hemmung, kann sich in solchen Fällen auch auf alle anderen Reactivbewegungen erstrecken. Noch jetzt ist es mir wahrscheinlich, dass derartige Uebergänge von affectiver und depressiver Melancholie thatsächlich zuweilen vorkommen, während ich im Uebrigen die Bedeutung der depressiven Melancholie als einer selbstständigen Krankheit nicht mehr vertreten kann. Die eingehendere Untersuchung derartiger Fälle in den letzten Jahren hat mir immer ein Plus von Symptomen enthüllt, welche allerdings nur, wenn sie gesucht werden, auch zu finden sind. Ohne dass ich zu einem abschliessenden Urtheil darüber gelangt bin, will ich doch meine Erfahrungen darüber kurz mittheilen.

Zunächst liegen mir eine Reihe von Angaben theils der Kranken selbst, theils ihrer Angehörigen vor, wonach im Beginn von Motilitätspsychosen durch Stunden, seltener durch Tage lang ein Zustand Platz griff, der am meisten dem oben geschilderten Aufhören jeglicher Gedankenthätigkeit entsprach. Zuweilen wurde dabei eine bestimmte Stellung festgehalten, die übrigens an sich nichts Abnormes oder Gezwungenes hatte. Die Auskunft der Kranken, die sie später gaben, war für einen Zustand völligen Gedankenstillstandes, wie er normaler Weise nur auf Augenblicke in dem Zustande sogen. Fassungslosigkeit vorkommt, beweisend. Eine Kranke der Art befand sich bei ihrer Aufnahme in diesem Zustande und verharrte mit aufgeschürzten Kleidern unbeweglich in einem ihr verordneten Fussbade. Der motorische Charakter dieser Störung trat später deutlicher hervor, da sie eine Zeit lang Mutacismus hatte und die Zunge nicht zeigen konnte, während alle anderen Reactivbewegungen prompt erfolgten. Eine zweite Reihe von Fällen sind nicht nur kurz dauernde Zustände, wie die eben geschilderten, sondern entsprechen einem eigenen Krankheitsbilde von längerem, immer über Jahresfrist sich erstreckenden Verlaufe, für welches vielleicht der Name Pseudomelancholie geignet wäre. Diese Pseudomelancholie bildet meist nur das erste Stadium einer zusammengesetzten Psychose, welche im Allgemeinen prognostisch ungünstig zu beurtheilen ist, ausnahmsweise aber immer noch die Möglichkeit eines günstigen Ausganges bietet. Von diesem Krankheitsbilde ist früher[1]) schon die Rede gewesen. Die hierher gehörigen Fälle bieten meist auch noch gewisse Zeichen der affectiven Melancholie, so dass man sie als Grenzfälle zwischen dieser und dem oben theoretisch construirten Krankheitsbilde kennzeichnen kann. Sie erhalten aber entweder bald oder erst im

---

1) Vgl. S. 166.

weiteren Verlauf ein weiteres Kennzeichen, welches sonst der Melancholie vollständig fremd ist, indem sich Beziehungswahn hinzugesellt. Der Nachlass der Melancholie, welche schon allein über Jahr und Tag dauern kann, bedeutet dann meist den Eintritt in ein weiterhin ascendirend verlaufendes Stadium des Verfolgungswahns und bald auch des Grössenwahns.

Am wichtigsten ist der dritte Fall, für welchen allein schon die Aufstellung eines eigenen Krankheitsbildes der depressiven Melancholie praktisch gerechtfertigt wäre. Wiederholt habe ich Krankheitsfälle beobachtet, welche nach jeder Richtung ein zunächst reines Bild der oben abgeleiteten intrapsychischen Akinese darboten, welche sich aber später, zuweilen erst nach halbjährigem Verlauf, als Fälle von progressiver Paralyse entpuppten. Die paralytischen Symptome, namentlich von Seiten des Projectionsapparats, traten hier erst hervor, als die vermeintliche depressive Melancholie in Besserung begriffen war und eine günstige Wendung erhofft wurde. Bei Weitem häufiger freilich trifft man auf Fälle depressiver Melancholie, denen von Anfang an, sei es durch Betheiligung des Projectionssystems, sei es durch wirkliche Defecte, der paralytische Charakter aufgeprägt ist. Die Beimischung eines leichten Grades von Somnolenz scheint unter diesen Fällen eine besondere Gruppe herauszuheben, welche, nach dem Erfolge der specifischen Therapie zu urtheilen, der luetischen Gehirnerkrankung angehören. Unter den Heubner'schen Fällen[1]) dürften einige hierher gehören.

Meine Herren! Wie Sie sehen, handelt es sich auch in diesen Fällen wie bei der Pseudomelancholie um eine bestimmte, meist initiale Phase einer zusammengesetzten Psychose (s. später). Anders verhält es sich mit einer Combination von intrapsychischer Afunction höheren Grades mit hypochondrischen Symptomen, welche die Deutung zulässt, dass erstere und die daraus resultirende Akinese nur die psychologisch vermittelte Folgeerscheinung eines schweren körperlichen Krankheitsgefühls darstellt. Diese zum grossen Theil heilbaren Fälle zeigen durch die ganze Krankheitsdauer die gleiche Combination von Symptomen, sie bilden also ein einheitliches, wenn auch gemischtes Krankheitsbild. Es wird, im Gegensatz zu der früher[2]) erwähnten hypochondrischen Melancholie, durchaus von den psychosensorischen Identificationsstörungen des eigenen Körpers beherrscht, nur dass dieselben ihrer Natur nach gerade einen besonderen Einfluss auf die Motilität üben. Der Affect ist psychosen-

1) Heubner, Die luetische Erkrankung der Gehirnarterien.

2) Auf S. 265.

sorisch bedingt, besteht also in einem hypochondrischen Unglücksgefühl und begleitender Angst. In Zeiten des Nachlasses oder auch der günstigen Wirkung eines Medicaments, wie des Opium, erfährt man wohl von den Kranken, dass sie sich krank zu fühlen, um denken, oder sprechen, oder irgend etwas thun zu können. Die akinetische Reaction ist also psychologisch motivirt und nicht etwa wie in den früher[1]) erwähnten Fällen reflexartig durch kurzen Schluss bedingt. Die krankhaften Sensationen können verschieden localisirt sein, meist sind sie intestinal.

Meine Herren! Einer besonderen Betrachtung muss ich mir die häufigen Fälle von erworbener Demenz vorbehalten, welche ebenfalls in der intrapsychischen Akinese ihr Hauptkennzeichen besitzen. Hier nur das Nöthigste zur Abgrenzung gegen die depressive Melancholie. Man kann behaupten, dass die intrapsychische Akinese der erworbenen Demenz die gleiche ist wie bei der depressiven Melancholie, d. h. auch bei ihr beruht der objectiv wahrnehmbare Ausfall an Bewegungen auf intrapsychischer Afunction und bildet so den Index für jene Symptome, die bei der affectiven Melancholie nur subjectiv empfunden werden: die mangelnde Fähigkeit der Entschliessung, die Erkaltung der psychischen Gefühle und die Abstumpfung der Interessen. Es fehlt deshalb an Motiven für Willensbewegungen, die Kranken sitzen oder liegen still und theilnahmlos herum und lassen auch nicht die Spur eines autopsychisch bedingten Affectes erkennen. Dagegen hat die sehr auffällige Gedankenträgheit oft das Kennzeichen, dass zugemuthete psychische Leistungen Aeusserungen des Unmuthes hervorrufen, und immer lässt sich gleichzeitig eine Verarmung an Kenntnissen, Urtheilen, oft selbst an Begriffen nachweisen. Dass letztere „Defectsymptome“, so ausgesprochen sie sein mögen, noch nicht an sich eine intrapsychische Akinese bedingen, wird Ihnen aus meinen Bemerkungen am Eingange unserer klinischen Studien noch erinnerlich sein.[2])

Als Kennzeichen der intrapsychischen Akinese haben wir nach allen diesen Erfahrungen die folgenden zu betrachten.

1) Die Störung ist immer gleichmässig und allgemein, entsprechend unserer Annahme einer diffusen, über das ganze Associationsorgan verbreiteten Herabsetzung der Erregbarkeit. Nie machen sich Unterschiede zwischen verschiedenen Muskelgebieten geltend. Ganz besonders sind die sprachlichen Reactionen genau in der gleichen Weise erschwert und verlangsamt wie alle übrigen. Ein

1) Vgl. S. 217.
2) Vgl. S. 82.

vollständiges Versagen der sprachlichen Reaction kommt nicht vor oder nur dann und in dem Maasse, als complicirtere psychische Leistungen verlangt werden.

2) Die Initiativbewegungen zeigen sich ganz allgemein stärker betroffen als die Reactivbewegungen. Das gilt namentlich auch für das Sprechen, welches ohne äusseren Antrieb ganz aufhören kann: initiativer Mutacismus, während auf einfache Fragen immer noch gesprochen wird, wenn auch zuweilen nur sehr leise oder ganz tonlos und mit sehr geringen Lippenbewegungen, verlangsamt und zuweilen erst im letzten Augenblick. Was die Expressivbewegungen betrifft, so sind sie zwar spärlich, aber doch nicht fehlend, und wo es sich um Affecte wie das oben erwähnte hypochondrische Unglücksgefühl handelt, kommen solche gelegentlich auch durch Expressivbewegungen zum Vorschein. Zum Theil hierher gehörig ist wohl die Eigenschaft, bei mündlicher Unterhaltung die fragende Person anzublicken. Bei intrapsychischer Akinese pflegt diese besondere Form der Reaction nie verloren zu gehen.

3) Dass die intrapsychische Akinese die oben geschilderten Symptome specifisch motorischer Art nicht in Begleitung hat, ist schon genügend hervorgehoben worden.

Meine Herren! Ehe ich nun zur Schilderung der psychomotorischen Akinese im Einzelnen übergehe, möchte ich noch eines Symptomes erwähnen, das uns in Fällen von completer Motilitätspsychose oder auch in solchen von zusammengesetzter Motilitätspsychose zuweilen begegnet, es ist das sogen. Zwangssprechen. Die betreffenden Kranken pflegen in Anfällen von bald nur Minuten langer, bald auch bis zu Stunden langer Dauer unter sichtlicher Anstrengung und mit allen Zeichen der Angst entweder einzelne Wörter, die oft gar keinen Zusammenhang erkennen lassen, oder eine bestimmte Reihe von Worten, wie z. B. die der Zahlenreihe, oder auch zuweilen ganze Sätze hervorzustossen, meist ziemlich laut, mit gehobener monotoner Stimme, so dass ungefähr der Eindruck entsteht wie bei dem mechanischen, ausdruckslosen Recitiren seitens eines Schülers. Der Inhalt, wo er überhaupt zusammenhängend ist, kann der augenblicklichen Situation entlehnt sein. Ein Kranker letzterer Art pflegte mit lauten Worten auch noch die Interpunction, welche seiner Meinung nach in die von ihm gesprochenen Sätze gehörte, mitzusprechen, etwa in folgender Weise: „Wenn ich spreche, Komma, so spannen sie mich, Punkt. Ich kann nicht anders, Semikolon.“ Diese Kranken geben an, dass ihnen das, was sie sprechen, vorgesagt oder dictirt wird, und dass sie es nachsprechen müssen. Der Zwang, welcher

dabei thatsächlich stattfindet, äussert sich auch wirklich unverkennbar in der mechanischen Art und Weise des Nachsprechens, in der sichtlichen Anstrengung, die darauf verwandt wird und die oft eine Irradiation auf andere Muskelgebiete zur Folge hat, sowie endlich in dem bald mehr unwilligen, bald ängstlich rathlosen Gesichtsausdruck der Kranken. Bei längerer Dauer dieses Zustandes ereignet es sich wohl, dass der Kranke schliesslich in Schweiss gebadet und völlig erschöpft zurücksinkt und längerer Ruhe bedarf, um sich von der Anstrengung zu erholen. Nach den eigenen Angaben der Kranken kann es keinem Zweifel unterliegen, dass sie dem Zwange unterliegen, gehörte Stimmen nachzusprechen.

Wie in diesen Fällen die Kranken selbst angeben und auch durch ihr Verhalten erkennen lassen, dass sie einem Zwange unterliegen, so lässt sich andere Male durch die Beobachtung direct feststellen, dass der Wille zu sprechen auf gewisse Widerstände stösst. Man sieht nämlich bei Kranken, welchen es gelingt, einen psychomotorisch bedingten Mutacismus zu durchbrechen, eine Irradiation des Willensimpulses, welche weit über das mit Absicht innervirte Muskelgebiet hinausgeht. Der Kranke presst z. B. convulsivisch die Kiefer zusammen, reisst die Augen weit auf, die Stirn wird in Falten gelegt, die Nasenlöcher erweitert, die Halsmuskeln treten angespannt hervor, der Kopf wird zurückgebogen, die Schultern gehoben, wohl gar die Arme an den Leib gepresst, und nun werden in keuchender gewaltsamer Weise die Worte hervorgestossen.

Bei dem uns schon bekannten pseudospontanen Sprechen, das z. B. dem psychomotorischen Rededrange zu Grunde liegt, macht sich dagegen das Gefühl des Zwanges weder subjectiv noch objectiv bemerklich. Es ist der gleiche Unterschied wie zwischen autochthonen Ideen und Zwangsvorstellungen.

Meine Herren! Noch einige weitere Thatsachen sind hier anzuführen, welche dazu dienen, uns über die Natur der akinetischen Symptome näher aufzuklären. Wie schon oben angedeutet, kommt es zuweilen vor, dass die allgemeine Regungslosigkeit, statt mit Muskelspannungen verbunden zu sein, die Form einer schlaffen Lähmung annimmt. Eine solche habe ich beispielsweise in Anfällen von mehrstündiger Dauer im acuten Stadium einer sehr schweren, innerhalb eines halben Jahres zur Verwirrtheit ablaufenden completen Motilitätspsychose gesehen. In diesen Anfällen, welche mit synkopalen Zuständen die meiste Aehnlichkeit hatten, verhielt sich die Kranke wie völlig leblos, ihre Gliedmaassen fielen, wenn man sie erhob, vollständig schlaff und nur der Schwere folgend zurück, die Schmerzempfin-

dungen und Reflexe schienen bis auf Spuren an den empfindlichen Schleimhäuten der Augen vollständig erloschen, der Puls war beschleunigt und kaum fühlbar, von Athmung schien überhaupt nichts zu sehen. Dabei keine Cyanose, sondern unverändert blasse Färbung des Gesichts. Wiederholt wurde Stunden lang die künstliche Athmung angewendet, bis wiederholte Anfälle über die Ungefährlichkeit des Zustandes belehrt hatten. Plötzlich nämlich, nach einer gewissen Dauer dieses Zustandes, konnte die Kranke sich erheben und fing dann an, mit theatralischer Geberde herumzutänzeln und Lieder frommen Inhalts zu singen, vielleicht befand sie sich dabei in einem halb verzückten, ekstatischen Zustande. Rascher vorübergehend habe ich ähnliche Zustände, ebenfalls mit anscheinender Athempause von der Dauer mehrerer Minuten im status hysteroepilepticus zwischen zwei Anfällen gesehen, wobei namentlich auch die vollständige, einer schlaffen Lähmung total gleichende Haltlosigkeit des Kopfes auffallend war. Auch in diesen Zuständen lässt sich nicht verkennen, dass mehr vorhanden ist als eine Willenslähmung. Vorübergehend scheint ferner eine Ausschaltung des Willens in solchen Fällen vorzuliegen, wo sich die Kranken beispielsweise aus sitzender Stellung plötzlich gewaltsam zur Erde fallen lassen, oder zeitweilig nicht gehen können und ihre Beine wie leblos herunterhängen lassen, wenn man sie trägt. Beides war in einem etwas späteren Stadium bei derselben Kranken zu beobachten, welche die synkopeähnlichen Zustände durchgemacht hatte. Ich will nicht unterlassen, die sogenannten hysterischen Lähmungen hier wenigstens zu streifen. Sie haben mit den beschriebenen Zuständen eine innere Verwandtschaft, wenn auch ihre Eigenart in keiner Weise bestritten werden soll.

Die sogenannten hypochondrischen Lähmungen geben den Beweis, dass der Ausschluss des Willens sich in localisirten Muskelgebieten geltend machen kann. Diese Lähmungen gehören immerhin zu den grossen Seltenheiten und scheinen fast ausschliesslich bei schwerer hypochondrischer Psychose vorzukommen. Selbstverständlich handelt es sich niemals um Lähmungen einzelner Muskel- und Nervengebiete, sondern um solche ganzer Glieder oder wenigstens ganzer Gliedabschnitte. Nur mag man sie nicht mit den psychischen Lähmungen Charcot's zusammenwerfen, welche ich für ein Product der Suggestion halte, so dass sie selbstverständlich jede beliebige Form annehmen könnten. Sieht man davon ab, so dürfte am häufigsten die hypochondrische Paraplegie vorkommen,[1]) aller-

1) Ein Beispiel davon ist Fall 23 Heft 3 der „Krankenvorstellungen".

dings mit fliessenden Uebergängen zur hysterischen Paraplegie. Nach eigener Erfahrung kann ich von einer hypochondrischen Hemiplegie berichten, welche rechtsseitig und mit motorischer Aphasie complicirt war. Sie betraf einen hypochondrischen Geisteskranken, welcher bald auch hartnäckig die Nahrung verweigerte und nach mehrmonatlichem Verlauf der Krankheit zu Grunde ging, ohne dass der Tod durch eine Complication verschuldet war. Die Gehirnsection wurde mit Sorgfalt gemacht und ergab einen negativen Befund. Die rechtsseitige Lähmung hatte in diesem Falle Besonderheiten, welche sie auf den ersten Blick von einer organisch begründeten Hemiplegie unterschieden, am auffälligsten trat dies bei dem unbehülflich steifen, das kranke Bein wie ein schweres Gewicht nachschleppenden Gange hervor. Man hätte an Simulation denken können, wenn nicht der schwere Verlauf der Geisteskrankheit jeden Zweifel ausgeschlossen hätte. Das Verhalten des Armes ist mir leider nicht mehr genau erinnerlich, doch weiss ich noch so viel, dass Arm und Schulter wie absichtlich festgestellt schienen und dass ein ganz ungewöhnliches Bild resultirte, welches eben deshalb an simulirte Lähmungen erinnerte. Die psychische Lähmung Charcot's ist dagegen gewöhnlich eine schlaffe Lähmung. Man wird einwenden, dass das Vorkommen einer hypochondrischen Lähmung schon an sich für die Möglichkeit einer psychischen Lähmung im Charcot'schen Sinne den Beweis liefere, diese Möglichkeit soll auch nicht bestritten werden, doch wird dann zwischen den hypochondrischen und den psychischen Lähmungen, welche letztere gerade bei Geistesgesunden vorkommen sollen, der eine fundamentale Unterschied bestehen bleiben, dass diese auf Ausschluss des Willens in Folge normaler, nur nicht offenbarter Motive, jene auf derselben Anomalie des Willens in Folge krankhafter Motive beruhen. Hält man dies fest, so wird die Behandlung der psychischen Lähmungen mit der der Simulation zusammenfallen.

Den sogen. hypochondrischen Lähmungen verwandt sind Fälle von fixirter Contracturstellung, welche zuweilen in seltenen Fällen als Residuen der gleichen Erscheinung während der acuten Krankheitszeit nach Ablauf derselben zurückbleiben können, während alle übrigen Motilitätsstörungen geschwunden sind. Nach den wenigen Erfahrungen, die mir hierüber vorliegen, scheinen mit Vorliebe die Endglieder der Extremitäten befallen zu werden, so war die Contractur einmal auf beide Hände beschränkt, ein anderes Mal auf eine Hand und Spitzfussstellung beider Füsse, und in dem ersten Falle mit einem mässigen, in dem zweiten mit einem hohen Grade von Blödsinn verbunden. Nach der besonderen Entstehungsweise

dieser Contracturstellungen liess es sich nicht entscheiden, ob eine eigentliche Lähmung damit verbunden war, jedenfalls war eine spontane Gebrauchsfähigkeit der betreffenden Muskelgebiete ausgeschlossen. Selbstverständlich waren es nicht Fälle von progressiver Paralyse. Ich stehe nicht an, in diesen Fällen Analogien des Ihnen schon bekannten Falles[1]) von motorischer und partieller sensorischer Aphasie zu erblicken, welche Ausfälle ebenfalls nach einer schweren Motilitätspsychose zurückgeblieben waren, und sie durch Summation von Einzelausfällen der psychomotorischen Bahnen Zm zu erklären.

Was die Deutung der akinetischen Symptome anbetrifft, so kommt dafür besonders die Erscheinung der Pseudo-Flexibilitas in Betracht, bei welcher ganz gewöhnlich ein vollständig helles und waches Bewusstsein zugleich vorhanden ist. Ein selbstständiger Wille des Kranken, etwas Anderes zu thun, als man ihm durch die passive Bewegung aufnöthigt, scheint hier nicht vorhanden zu sein, und so könnte man versucht sein, auch die mässige allgemeine Akinese dieser Fälle auf ein Fehlen des Willens, d. h. auf intrapsychische Einflüsse zurückzuführen, auch das Verharren in den ertheilten Stellungen lässt diese Deutung zu. Es muss aber dabei auffallen, dass man fast regelmässig die Beobachtung machen kann, dass die Stellungen eher durch längere Zeit beibehalten werden, wenn man dabei zugegen bleibt und sich mit dem Kranken beschäftigt, als wenn man den Kranken sich selbst überlässt. Wie schon oben einmal angedeutet, müssen wir in diesem Verhalten eine Suggestionswirkung der von dem Untersucher ausgeführten Manipulationen erblicken, d. h. eine unwillkürliche Beeinflussung von an sich doch vorhandenen Willensvorgängen. Den Gegensatz dazu zeigen Fälle von Negativität bei vollständig erhaltenem Sensorium. So beobachten wir z. B. folgendes Verhalten: Ein Kranker, der bei vollem Bewusstsein ist, mit offenen Augen im Bett sitzt und an den Vorkommnissen an der Station offenbar Antheil nimmt, wird aufgefordert, den rechten Arm zu erheben. Da er es nicht thut, so versucht man, passiv diese Bewegung herbeizuführen und begegnet dabei einem Widerstande, der sich in gleichem Maasse wie die angewendete Kraft steigert. Wenn der Kranke dabei unwillig wird, so ist man versucht, dieses Verhalten psychologisch durch die Absicht eines Widerstandes zu erklären. Trotzdem kann aus dem ganzen übrigen Verhalten des Kranken unzweideutig hervorgehen, dass es ihm nicht an dem guten Willen fehlte, dem Auftrage nachzukommen, und dass er sonst

---

1) Vgl. S. 6.

keinerlei Tendenz zeigt, sich irgend welchen Anordnungen des Arztes zu widersetzen. Bedenkt man dann noch den Umstand, dass die Kraftleistung des Patienten bei seinem Widerstande oft sehr bedeutend ist und ausser allem Verhältniss zu den übrigen Willensäusserungen des Kranken steht, so muss man zu der Auffassung gelangen, dass ein Wille zwar vorhanden ist, aber nicht zur Geltung kommen kann wegen innerer Widerstände und dagegen eine entgegengesetzte Richtung einschlägt, wobei der Kranke meist das Gefühl hat, dass er einem Zwange unterliegt. In gleicher Weise kann man bei dem Versuch, die Lippen des Kranken auseinander zu bringen und den Unterkiefer vom Oberkiefer zu entfernen, den entgegengesetzten Erfolg sehen, dass sich die Lippen fest schliessen, die Masseteren und die Temporalmuskeln reliefartig hervorspringen, während sich bald darauf herausstellt, dass der Kranke auch die eigene Absicht, den Mund zu öffnen, bald gar nicht, bald nur unter grosser Anstrengung ausführen kann. Zuweilen erhält man dann wohl die Auskunft auf die Frage nach den Motiven ihres Verhaltens, es sei ihnen durch die Stimmen verboten, die Bewegung geschehen zu lassen. Dieselben Stimmen sind es aber auch, die ihn nachher verhindert haben, spontan die Bewegung zu machen: „Sie lassen mich nicht sprechen, jetzt spannen sie und ziehen sie mich wieder,“ sind derartige charakteristische Aeusserungen. Ich brauche nicht hervorzuheben, dass derartige verbietende und befehlende Stimmen das eigenthümliche Verhalten der Kranken nicht erklären, in unserem Sinne sind sie nur der Ausdruck der an die bestimmte Situation geknüpften körperlichen Rathlosigkeit. Auf die Irradiation des Willensimpulses in derartigen Fällen habe ich schon oben Ihre Aufmerksamkeit gelenkt.

Ohne Zweifel am merkwürdigsten und specifischsten ist die dritte Form der Reaction der Kranken gegen passive Bewegungen, die wächserne Biegsamkeit. Diese ausschliesslich unter psychotischen Bedingungen anzutreffende Erscheinung kann auch nicht einmal den Verdacht erwecken, dass eine krankhafte Veränderung der Willensthätigkeit ihr zu Grunde liegen könne: sie muss offenbar als der specifische Rindenreflex auf passive Bewegungen aufgefasst werden, der nur unter bestimmten pathologischen Bedingungen rein zum Vorschein kommt. Diese Bedingungen aber sind die einer hochgradigen Regungslosigkeit, denn nur dabei wird sie beobachtet; mit anderen Worten, sie tritt dann auf, wenn der Einfluss des Willens bei der passiven Bewegung überhaupt nicht zur Geltung kommen kann; daher auch das bedingungslos an diese Störung geknüpfte Verharren

in den ertheilten Stellungen. Haben wir einmal diesen Standpunkt gewonnen, so erscheinen uns sowohl die Pseudo-Flexibilitas als die Negativität als Modificationen der Flexibilitas cerea, die bei erhaltener Möglichkeit irgend eines Willenseinflusses auftreten. Der Versuch der passiven Bewegung wird innerhalb der Rinde wahrgenommen. Das eine Mal erregt er die Vorstellung von der auszuführenden Bewegung und erleichtert die entsprechende Willensaction, das andere Mal entsteht der Gedanke der Unausführbarkeit der Bewegung, d. h. zu der Vorstellung der auszuführenden Bewegung gesellt sich zugleich der hemmende Gedanke einer zugemutheten Kraftleistung, die in der subjectiven Schätzung sehr gross erscheint; der Effect des Willens wird dadurch in sein Gegentheil verkehrt. Von einer solchen Ueberschätzung des erforderlichen Kraftaufwandes zeugt dann auch die unter Umständen (s. oben) zu beobachtende Irradiation des Willensimpulses auf verbreitete Muskelgebiete.

Ein Theil der Muskelspannungen, welche man bei sonst regungslosen Kranken hervorruft, sobald man ihre Lage zu verändern sucht, hat vielleicht dieselbe Bedeutung eines modificirten Rindenreflexes wie die Negativität. Die dauernden aber und die von passiven Bewegungen unabhängigen Muskelspannungen sind so überwiegend häufig mit Zuständen von Bewusstlosigkeit oder schwerer Benommenheit verbunden, dass es gezwungen wäre, sie mit irgend einer Willensthätigkeit in Beziehung zu bringen. Ich beschränke mich auf den Hinweis, dass sowohl klinische als experimentelle Daten genug vorliegen, welche den Einfluss der centralen Projectionsfelder der Motilität auf die Entstehung von tonischen Krämpfen und Contracturstellungen beweisen.

Meine Herren! In der Litteratur unseres Faches werden Sie vielfach auf den Ausdruck Abulie zur Bezeichnung von Zuständen der Regungslosigkeit verschiedenen Grades stossen. Wir sind jetzt in der Lage, das Ungeeignete dieses Ausdruckes nachzuweisen; nur für die initiative Akinese der Melancholie und des Blödsinns wäre er eine gerechtfertigte, wenn auch entbehrliche Bezeichnung. Nicht um eine krankhafte Störung des Willens, nicht um die Unmöglichkeit des Zustandekommens von Zielvorstellungen handelt es sich bei den Motilitätspsychosen, sondern um eine Identificationsstörung zwischen Zielvorstellungen und den centralen Projectionsfeldern der Motilität. Daher die Möglichkeit, dass localisirte Contracturen und Lähmungen nach Ablauf der acuten Psychose zurückbleiben, daher auch die Möglichkeit einer hypochondrischen Hemiplegie mit motorischer Aphasie. Eine Halbseitigkeit des Willens anzunehmen, wäre

ein unsinniger Gedanke; dagegen ein Functionsausfall oder eine wirkliche Unterbrechung der Bahnen, die der Wille zur Verfügung hat, um die motorischen Centren einer Hemisphäre zu innerviren, ist denkbar und nicht ohne Analogien. Nur so erklärt sich auch das Zustandekommen des Affectes der motorischen Rathlosigkeit, der vielfachen und eigenthümlich gefärbten Erklärungswahnvorstellungen und mancher anderer Erscheinungen. So kann man unter Umständen direct beobachten, dass bestimmte Zielvorstellungen gerade eben durch das motorische Verhalten erst hervorgerufen werden, dass z. B. ein Kranker, den man in die Kniee sinken lässt, Kopf und Augen nach aufwärts wendet und die Hände zum Gebet faltet. Oder eine zufällig ertheilte Stellung erinnert ihn an die Situation eines Fechters oder Akrobaten und er fügt nun diejenigen Bewegungen hinzu, die das Bild vervollständigen helfen. Dass pseudospontane Bewegungen als primäre Erscheinung vielfach auch die gewohnheitsmässig damit verbundenen Affecte erst hervorrufen, z. B. solche der Fröhlichkeit oder des Angriffs, ist gelegentlich schon erwähnt worden. Ebenso ist stets hervorgehoben worden, dass die gesammten Bewegungsäusserungen der hyperkinetischen Motilitätspsychose ohne Zuthun des Willens erfolgen und als primäre Quelle begleitender Gedankengänge und Affecte aufzufassen sind. Noch viel mehr wird dies für die besondere Art der eng localisirten rhythmisch sich wiederholenden pseudospontanen Bewegungen gelten, welche bei der akinetischen Motilitätspsychose vorkommen und der Lähmung mit Contracturstellung der betroffenen Muskelgebiete vorangehen können.

Meine Herren! Aus den angestellten Betrachtungen geht mindestens so viel hervor, dass bei den Motilitätspsychosen derjenige grosse Complex von Vorstellungen, welcher das Ich repräsentirt, das Bewusstsein der Persönlichkeit in unserem Sinne, von der Bewegungsmaschine des Körpers, die es zu beherrschen gewohnt war, gewissermaassen losgelöst ist, dass es den Bewegungsvorgängen, die trotzdem stattfinden, oder auch dem Stillstand dieser Maschine als Zuschauer gegenübersteht und seinerseits erst dadurch afficirt wird. Dass diesem Verhalten nur eine Lösung von Associationen, der von uns hypothetisch postulirte Vorgang der Sejunction, zu Grunde liegen kann, liegt auf der Hand. Ein besonderes Licht muss nun durch diesen Zusammenhang der Dinge auf diejenige Gruppe von Bewegungen fallen, welche fast ausschliesslich unter der Herrschaft der Persönlichkeit stehen, nämlich die sprachlichen Aeusserungen. Sie werden am leichtesten Schaden leiden und das feinste Reagens für den motorischen Charakter einer Psychose abgeben. Und das finden

wir in der That durch die Erfahrungen der Klinik bestätigt. Wo Sie auf einen frisch Erkrankten stossen, der Ihren Fragen eine auffällige Schweigsamkeit entgegensetzt und dadurch das Krankenexamen erschwert, versäumen Sie nicht, meine Herren, seine Glieder zu bewegen und in bestimmte Stellungen zu bringen; Sie werden dann oft überrascht sein, die Symptome der Pseudo-Flexibilitas und des Verharrens in Stellungen ganz ausgeprägt vorzufinden. Und die Erfahrung, dass beim Abklingen einer Motilitätspsychose eine Art von reflectorischer Stummheit, d. h. ein Ausbleiben der Antwort auf die Fragen des Arztes, während alle anderen Reactionen prompt erfolgen, unser reactiver Mutacismus, das letzte motorische Symptom bildet, habe ich so oft gemacht, dass ich sie für gesetzmässig halten muss. Dass es gerade der reactive Mutacismus ist und dass dieser gerade dem Arzte gegenüber in Erscheinung tritt, wird sofort verständlich, wenn ich Sie an die von einem temperamentvollen Fachcollegen beliebte Unterscheidung eines „Ober-“ und „Unterbewusstseins“ erinnere. Ebenso werden wir es natürlich finden, dass unter diesen Umständen der Sprachmechanismus besonders auf solche Fragen versagt, die gerade dieses Symptom selbst zum Inhalt haben. Ein zu begreifender Affectausbruch ist oft die einzige Antwort, die Sie durch fortgesetztes Drängen erreichen können.[1])

Meine Herren! Nunmehr erinnere ich Sie an die Darstellung, welche ich Ihnen im Eingange dieser klinischen Besprechungen von dem Bewusstsein der Körperlichkeit gegeben habe. Die Musculatur musste darin einen hervorragenden Platz finden, ja wir mussten ein dunkles Bewusstsein von dem Zustande unserer Körpermusculatur, welches fortwährend Haltung und Gang regulirt, als uns stets im wachen Zustande begleitend voraussetzen, so dass wir der Curve der psychophysischen Bewegung die Eigenschaft zuschreiben mussten, sich mit einer gewissen mässigen Höhe der Erregung über dem gesammten Bewusstsein der Körperlichkeit zu erheben. Wenn wir uns dessen erinnern, so werden wir auch anerkennen müssen, dass die Bewegungsäusserungen der Kranken wie der Gesunden einen Erregungsvorgang, der sich im Bewusstsein der Körperlichkeit voll-

1) Bei einem 26jährigen jüdischen Kaufmann bestand ganz isolirt eine derartige Spracherschwerung. Er consultirte mich in der eigenthümlichen Weise, dass er mir einen Zettel mit folgenden Worten überreichte: Fast immer, wenn ich mit Ueberlegung etwas sprechen will, bin ich trotz der grössten Anstrengung nicht im Stande, einen Laut hervorzubringen. Unbewusst spreche ich ganz fliessend, ebenso beim Lesen und Singen. Dieser Zustand rührt schon aus der Schulzeit her und macht sich immer mehr geltend, so dass ich zeitweise glaube, ich wäre stumm.

zieht, zur nächsten Voraussetzung haben. Die abnormen Bewegungsäusserungen, mit denen wir uns hier beschäftigt haben, fänden somit eine einfachste Erklärung in der Annahme einer Erkrankung des Bewusstseins der Körperlichkeit. Wir könnten dann die Definition des Willens, welche Ihnen noch gegenwärtig sein dürfte, auch so modificiren, dass die motorischen Projectionsfelder zum Bewusstsein der Körperlichkeit gehören. Die Vorstellung von der etwa erforderlichen Kraftleistung für eine bestimmte auszuführende Bewegung gehört ebenfalls zum Bewusstsein der Körperlichkeit. Eine krankhafte Veränderung des sich auf einander aufbauenden Gefüges der Bewegungsvorstellungen des ganzen Körpers wird unter Umständen zur Wahrnehmung gelangen und den Effect haben, die Kraftleistung für jeden einfachen Bewegungsvorgang in der subjectiven Schätzung bis auf ein abnorm hohes Maass zu steigern, so dass die Bewegungen ganz unterlassen werden und Regungslosigkeit resultirt. Dass die Kranken abnorme Körperstellungen und Haltungen einnehmen, sobald sie zum Stehen und Gehen veranlasst werden, erklärt sich ebenso einfach aus einer Störung des Bewusstseins der Körperlichkeit der Art, dass die Beziehungen zwischen Rumpf und Extremitäten an bestimmten Abschnitten der Wirbelsäule oder der sich normaler Weise compensirenden Innervation zusammenwirkender symmetrischer Muskelgebiete in ihrer Stellung zu einander, d. h. in ihrer gesetzmässigen Association, verändert empfunden werden. Der Kranke, welcher erst regungslos verharrte und die Locomotion zu vermeiden suchte, findet dann, dazu gezwungen, eine in Unordnung gerathene Bewegungsmaschine vor. Dass dieser Vorgang noch nicht mit den Hallucinationen auf eine Stufe gestellt werden kann, ist einleuchtend, denn bei diesen ist der krankhafte und abnorm starke Reiz die Hauptsache, während in unserem Falle eine Lockerung der festgefügten Association zur Erklärung genügt. Das Festhalten bestimmter pathologischer Stellungen lässt in unserem Sinne ebenfalls nur auf die subjective Empfindung einer Veränderung der Gleichgewichtslage zwischen impulsiver, collateraler und antagonistischer[1]) Innervation bestimmter Muskelgebiete, welche bei der normalen Stellung zusammenwirken, schliessen. Die maschinenmässig sich wiederholenden, durch ihre Einförmigkeit ausgezeichneten Bewegungen sind den autochthonen Gedanken im Gebiete der Persönlichkeit vergleichbar, es sind autochthone Vorstellungen im Gebiete

1) Diese Darstellung steht noch auf dem Boden der Duchenne'schen Lehre. Die neueren Arbeiten von Hering jun. haben indessen dargethan, dass die Annahme einer antagonistischen Muskelcoordination nicht haltbar ist.

der Körperlichkeit und deshalb einförmig, weil in diesem Gebiete des Bewusstseins Alles localisirt ist.

Die rhythmische Wiederholung kann in solchen Fällen darauf beruhen, dass ein localer krankhafter Reiz nur in Bezug auf gewisse einförmige Bewegungen besteht, und dass er bis zu einer gewissen Grösse anwachsen muss, um die Bewegung selbst herbeizuführen, womit eine Art Entladung gegeben ist, so dass zunächst der Antrieb zur Bewegung beseitigt wird, bis sich derselbe Vorgang wiederholt. Ganz ähnlich wird es sich mit dem Verbigeriren verhalten; auch hier muss ein localer Reizvorgang, der zur rhythmischen Wiederholung führt, bestimmten Sprachbewegungsbildern anhaften. Das Zwangsreden, d. h. das zwangsmässige Nachsprechen hallucinirter Wörter, liefert uns ein Beispiel dafür, dass der Ausgangspunkt derartiger krankhafter Reizvorgänge im motorischen Gebiete auch in den centralen Sinnesgebieten liegen kann, wenn dort vorhandene pathologische Reize in das Bewusstsein der Körperlichkeit übergreifen; denn die primäre Gehörshallucination ist ja als ein Reizvorgang zu betrachten, der nicht nur das akustische Klangbild, sondern auch das dazu gehörige Organgefühl wachruft, und nur das Vorhandensein einer ausgeschliffenen Bahn, welche von jeher dem Nachsprechen gedient hat, erklärt neben der Stärke des ursprünglichen Reizes die Irradiation auf das motorische Sprachgebiet. Dabei zeigt sich in denselben Fällen dieser Theil des Bewusstseins der Körperlichkeit, nämlich das motorische Sprachgebiet, für den Willen des Kranken unzugänglich oder schwerer zugänglich als normal. Ein Analogon zu dieser Reaction des motorischen Gebietes im Bewusstsein der Körperlichkeit auf Reize, welche ihnen aus den centralen Sinnesregionen zuströmen, ist in folgender Beobachtung zu finden. Ein derartiger Kranker wird im Bett sitzend angetroffen, die rechte Hand in einer Stellung haltend, als ob er etwas darin hielte, während man zunächst nichts darin sieht. Namentlich ist der Daumen gegen die zwei ersten Finger gestellt und die Fingerkuppen gegen einander gepresst. Es handelt sich um denselben Kranken, der von den Stimmen geschraubt und gezogen wird. Ich trage ihm nun auf, den linken Arm zu erheben, was er bereitwillig thut, dasselbe verlange ich dann bezüglich des rechten Armes, aber ohne Erfolg. Derselbe Versuch wiederholt, hat das gleiche Ergebniss. Nun versuche ich den rechten Arm in eine andere Stellung zu bringen und begegne zunächst einem wachsenden Widerstande, dann lebhaften Zeichen des Unwillens von Seiten des Kranken. Eine genaue Untersuchung der Finger ergiebt nun, dass der

Kranke ein winziges Stückchen Zeug zwischen den Fingern hat, das seiner wollenen Zudecke entstammt. Nachdem man es weggenommen hat, macht er mit der rechten Hand ebenso wie vorher mit der linken alle Bewegungen, die man von ihm verlangt. Während in solchen Beispielen ein abnorm starker Einfluss intercorticaler Leitungen sich geltend macht, weisen andere Beobachtungen, wonach zuweilen entstellte Wörter bei derselben Kategorie von Kranken producirt werden, darauf hin, dass der Einfluss dieser Leitungen — der sich ja beim Sprechen normaler Weise immer geltend macht —, auf dieselben Schwierigkeiten stossen kann, wie die Einwirkung des Willens auf die Sprachbewegungen; sonst wäre es nicht möglich, dass aus heiler Haut plötzlich paraphasisch gesprochen würde. Dieses Beispiel ist ebenfalls einer Verallgemeinerung fähig. Bedenkt man nämlich, dass z. B. beim Stehen und Gehen unsere Bewegungen fortwährend durch centripetale Reize regulirt werden müssen, so wird man auch hier den Einfluss von intercorticalen Bahnen auf die zum Gehen und Stehen erforderlichen Bewegungsvorstellungen anerkennen müssen; dieselbe Hemmung, welche die Regungslosigkeit der Kranken verschuldet, auf derartige intercorticale Bahnen übertragen, erscheint dann sehr wohl geeignet, wie im Sprachgebiete die Paraphasie, so auf dem hier in Frage stehenden eine Parastasie und Parabadie (sit venia verbo) herbeizuführen.

Sechsunddreissigste Vorlesung.

Einfache oder Grundformen der acuten Psychosen. Gemischte und zusammengesetzte Psychosen. Beispiele.

Meine Herren!

Sie werden sich erinnern, wie eindringlich ich immer betont habe, dass unsere klinische Kenntniss von den Psychosen noch sehr unvollkommen ist. So mögen Sie auch im Auge behalten, dass die Ihnen vorgeführten Krankheitsfälle zwar der Mehrzahl nach gewisse häufiger vorkommende Krankheitstypen darstellen, dass sie aber in ihrem Inbegriff durchaus noch nicht die Mehrzahl der überhaupt vorkommenden Typen ausmachen, oder mit anderen Worten, dass die complicirteren und deshalb auch weniger bekannten Krankheitsfälle an Zahl überwiegen. Das Princip, nach dem ich bei dieser Auswahl verfahren bin, ist Ihnen ja nicht verborgen geblieben, es ist eigentlich selbstverständlich und durch den Lehrzweck bedingt: es mussten Ihnen zunächst einfache, aus wenigen Elementarsymptomen sich zusammensetzende und möglichst vollständig verstandene Krankheitsfälle vorgeführt werden. Sie bilden für uns den Grundstock einer Krankheitslehre, auf den zum Verständniss der complicirteren Fälle immer wieder zurückgegriffen werden muss. In diesem Sinne könnten wir die bisher abgehandelten Krankheitstypen als Grundformen der Psychosen bezeichnen. Es kann nun nicht in meiner Absicht liegen, eine Schilderung der über die einfacheren Verhältnisse hinausgehenden Fälle auch nur zu versuchen, nur über die Gesichtspunkte, nach welchen Sie diese in der Praxis überwiegenden Fälle zu beurtheilen haben werden, möchte ich einige kurze Bemerkungen nicht unterlassen. Es ist selbstverständlich, dass wir nicht etwa den Versuch machen werden, sie

in irgend ein Schema, sei es auch so bewährt wie das unsrige, künstlich einzuzwängen. Jedoch leistet unser Schema auch diesen complicirten Fällen gegenüber so viel, dass es uns zu einer Analyse der dabei vorkommenden Symptome verhilft.

Zunächst erinnere ich daran, dass wir schon vielfach Uebergangsfälle zwischen je zwei der uns bekannten Grundformen acuter Psychosen gefunden haben. Sie gehören zu den einfachsten Beispielen jener complicirteren gemischten Psychosen, wie wir sie nennen wollen. So sind Ihnen die Grenzfälle von Angstpsychose und affectiver Melancholie bekannt, die ich früher[1]) kurz skizzirt habe. Sie verdienen ihrer besonderen Häufigkeit wegen hervorgehoben zu werden. Viel seltener ist der ebenfalls früher[2]) kurz erwähnte Fall der deliranten Angstpsychose, ein ziemlich reines Bild acuter Autopsychose von dem Inhalt des angstvollen Kleinheitswahns, bei welchem wesentlich nur der Verlauf und die Betheiligung des Projectionssystems dem Delirium tremens entlehnt sind. Das Krankheitsbild der agitirten Melancholie, das ich Ihnen ebenfalls als eine Angstpsychose gekennzeichnet habe,[3]) ist vielleicht einer einheitlichen Erklärung zugänglich, wenn man annimmt, dass das gehäufte Auftreten von Angstvorstellungen den Rededrang und die Ideenflucht verursacht. Jedenfalls ist das Zusammentreffen dieser beiden maniakalischen Symptome mit einer Angstpsychose sehr bemerkenswerth. Auch die agitirte Melancholie entspricht einem der häufigeren Krankheitstypen. Die angeführten Beispiele stellen Mischformen dar, welche ganz oder überwiegend nur die autopsychische Desorientirung haben, so dass sie immerhin in der grösseren Krankheitsgruppe der Autopsychosen verbleiben.

Als einen Uebergangsfall zwischen Autopsychosen und Somatopsychosen haben wir dagegen das Beispiel der hypochondrischen Melancholie kennen gelernt.[4]) Die überwerthige Idee, welche der affectiven Melancholie angehört, hat hier einen dem Bewusstsein der Körperlichkeit entlehnten Inhalt, dessen Herleitung von einer hysterischen Sensation meist nicht zu verkennen ist. Bei Weitem überwiegend ist das somatopsychische Element in derjenigen Form der depressiven Melancholie,[5]) welche wir von einer schweren hypochondrischen Geisteskrankheit abgeleitet haben. In beiden Fällen lässt sich eine ur-

1) Vgl. S. 242.
2) Vgl. S. 240.
3) Vgl. S. 241.
4) Vgl. S. 265.
5) Vgl. S. 445.

sächliche Bedingtheit der einen von der anderen Symptomenreihe annehmen, jedoch in entgegengesetzter Richtung, so dass das hypochondrische Element in der hypochondrischen Melancholie die Folge, in der depressiven dagegen die Ursache der Autopsychose bildet. Eine ähnliche gegenseitige Bedingtheit haben wir bei den hypochondrischen Geisteskrankheiten überhaupt als die Regel angetroffen und finden sie darin begründet, dass das Symptom der Angst, welches nur selten dabei fehlt, auch die entsprechenden Angstvorstellungen autopsychischer Art, welche zur autopsychischen Desorientirung in der Form des Kleinheitswahnes führen, im Gefolge haben kann. So verstehen wir, dass die Somatopsychosen nur selten rein auftreten und überwiegend häufig dem Begriff der Autosomatopsychosen entsprechen, also eigentlich zu den gemischten Psychosen gehören. Sie werden finden, dass ich bei meiner Darstellung der Somatopsychosen diesen Punkt immer berücksichtigt habe. Von einer anderen Combination dagegen, die nicht minder häufig zu beobachten ist, habe ich dabei ausdrücklich abgesehen. Sie besteht in derjenigen nicht selten auch acut auftretenden Form der Desorientirung, welche wir als hypochondrischen Verfolgungswahn bezeichnen wollen. Auch dabei besteht ein innerer Zusammenhang zwischen den somatopsychischen und dieses Mal allopsychischen Symptomen, begründet zum Theil durch einfachen Erklärungswahn, zum Theil durch das Elementarsymptom des somatopsychischen Beziehungswahns, welches wir seiner Zeit unter die Neubildung von Associationen rubricirt haben. Bei den acuten Psychosen ist sichtlich der letztere Zusammenhang überwiegend, und oft gerade in Fällen, welche die autopsychische Desorientirung durch Kleinheitswahn entweder nur zunächst oder auch überhaupt vermissen lassen. Solche Fälle werden wir den acuten Allosomatopsychosen zurechnen und finden darin eine wohl charakteristische Mischform zwischen Allopsychosen und Somatopsychosen. In anderen Fällen entwickelt sich auf der gleichen Grundlage, während die Angst bald einen sehr hohen Grad erreicht, eine Desorientirung auf allen drei Bewusstseinsgebieten, von dem charakteristischen Inhalt des phantastischen, zugleich hypochondrischen, Bedrohungswahnes, ein oft sehr acutes Krankheitsbild total sensorischer Psychose, meist mit massenhaften Hallucinationen, Annäherungsfurcht und blinder Abwehr einhergehend. Auf autopsychischem Gebiete kommt es hier ganz gewöhnlich nicht nur zu Kleinheitswahnideen, sondern auch zu contrastirenden Grössenvorstellungen, und die Desorientirung hat oft die Neigung, nach letzterer Richtung zu gravitiren, während die Klein-

heitswahnideen, in Phoneme gekleidet, energisch abgewehrt werden, und der Affect der Rathlosigkeit in dieser Beziehung vorwiegt. Der oben[1]) geschilderte rathlose Bewegungsdrang ist allen diesen Fällen eigen. In Folge der Desorientirung kann es auch zu den verschiedensten Handlungen der Rathlosigkeit kommen, worunter blindes Fortdrängen, Fenstereinschlagen, Angriffe auf die Umgebung und Selbstverletzungen der verschiedensten Art, je nach dem Sitz der hypochondrischen Sensationen, endlich die energische Abwehr jeder Nahrung hier ausdrücklich hervorgehoben werden sollen. Seine Abgrenzung findet das hier geschilderte Krankheitsbild wesentlich nach der motorischen Seite hin, indem wir nur solche Fälle dazu rechnen können, bei denen eigentliche Motilitätssymptome vollständig fehlen. Das Krankheitsbild der acuten totalen sensorischen Psychose mit dem Inhalt des phantastisch hypochondrischen Bedrohungswahns kommt nicht so selten in sehr kurzen, nur wenige Stunden oder Tage dauernden Anfällen vor, sei es auf intoxicatorischer, sei es auf degenerativer Grundlage. Von Intoxicationen ist es namentlich der chronische Alcoholismus, von degenerativen Zuständen die hysterische und epileptische Veranlagung, welche ein Hauptcontingent zu solchen Anfällen sogen. transitorischer Psychose stellen. Auch vorangegangene Kopfverletzungen schaffen eine Disposition dafür. Für die länger dauernden Zustände der gleichen Art ist mir eine besonders innige ätiologische Beziehung nicht bekannt. Ich brauche nicht zu erwähnen, dass das Leben dabei immer schwer gefährdet ist. Bleibt es erhalten, so pflegt ein mehr oder weniger schwerer Erschöpfungszustand mit Erinnerungsdefect zu folgen, an den sich die Reconvalescenz anschliessen kann. Ein paranoisches Stadium kommt nicht zur Beobachtung. Was den Verlauf des acuten phantastisch hypochondrischen Bedrohungswahns bis zur Entwickelung des Höhestadiums anlangt, so kann dieses besonders in den Fällen transitorischer Psychose in wenigen Viertelstunden erreicht werden, in anderen Fällen entwickelt es sich innerhalb weniger Wochen aus einem hypochondrischen Initialstadium heraus, wozu bald Beziehungswahn und Hallucinationen aller Sinne, sowie Erklärungswahnideen verschiedenster Art treten. Gerade diese Fälle aber, von zunächst überwiegendem sensorischen Gepräge und sichtlich ascendirendem Verlauf, pflegen bei längerem Bestande des Höhestadiums mit Vorliebe auch motorische Symptome, und zwar wechselnd hyperkinetischer, parakinetischer und akinetischer Art,

1) Vgl. S. 390.

zu entwickeln und in diesem Stadium zu tiefer Erschöpfung und zum Tode zu führen. Solche Fälle sind mir wiederholt vorgekommen, hauptsächlich bei erblich schwer Belasteten, sie verdienen den Namen der acuten progressiven sensorischen Psychose. In einem Falle der Art, einen 40jährigen kyphoskoliotischen, erblich belasteten, aber nicht trunksüchtigen Arbeiter betreffend, vollzog sich dieser Verlauf innerhalb zwei Monaten, während deren der Patient, trotz zureichender Ernährung in der letzten Woche, 24 Pfund an Körpergewicht verlor. Uebrigens pflegt auch die Mehrzahl der zur transitorischen Psychose gehörenden Fälle von specifischen Motilitätssymptomen begleitet zu sein.

Meine Herren! Das oben skizzirte Bild des acuten phantastisch hypochondrischen Bedrohungswahnes gehört zu den affectvollsten Zuständen, die wir überhaupt kennen, bei einigermaassen längerem Bestehen, oft schon nach wenigen Tagen, pflegt es das Allgemeinbefinden in einem Grade zu schädigen, wie es sonst nur bei den schwersten körperlichen Allgemeinerkrankungen der Fall ist. Verfallene Züge, allgemeiner Muskeltremor, heisere, klanglose Stimme, trockener, borkiger Belag der Lippen, Zunge und Zähne, nicht selten, und dann wohl als Folgezustand, die Zeichen beginnender Blutzersetzung oder schwere trophische Störungen kündigen den bevorstehenden Exitus an. Die Ernährungsstörungen können auch eine pathologisch anatomische Begründung finden, wie z. B. entzündliche Herde in den Vorderhörnern des Rückenmarks bei multipler Gangrän der Haut.[1]) Solche Fälle sind es hauptsächlich, die von den Autoren als sogen. Delirium acutum geschildert werden. Eine besondere Krankheit der Art werden wir aber deshalb nicht anerkennen können, sondern nur die leicht verständlichen Folgen eines rasch zur Kräfteconsumption führenden, besonders acut gefärbten Krankheitsbildes darin erblicken. Uebrigens kommt es glücklicher Weise nur selten zu diesen allerschwersten Fällen, und ein Theil dieser seltenen Fälle zeigt überdies Symptome von Seiten des Projectionssystems beigemischt, so dass sie als Fälle von sogen. galoppirender Paralyse in Anspruch genommen werden können. Auch wären Sie im Irrthum, wenn Sie meinten, die totale sensorische Psychose hätte immer den charakteristischen Inhalt des phantastisch hypochondrischen Bedrohungswahnes. Das ist durchaus nicht der Fall, sondern es überwiegen durchaus die gemischten Krankheitsfälle von nur mässigem Affect und individuell sehr verschiedenem Inhalt der

---

1) Section von Cohnheim ausgeführt.

Wahnideen, wobei eine gewisse Partialität der Desorientirung vorzuherrschen pflegt. Beispielsweise kann sich die somatopsychische Desorientirung auf den Wahn der Schwangerschaft beschränken, die autopsychische auf die begleitende Versündigungsidee und die allopsychische nur auf einen bestimmten Zeitabschnitt und auf bestimmte Verhältnisse beschränkt sein, so dass die gegenwärtige Situation noch richtig erkannt wird. Phoneme und Erklärungswahnideen bilden dann die accessorischen Elemente des Krankheitsbildes.[1]) Andere Male finden sich ebenso partiellen Orientirungsstörungen noch vereinzelte, mindestens zeitlich nicht erhebliche Motilitätserscheinungen beigemischt, welche auch den Erklärungswahnideen überwiegend häufig den bestimmten Inhalt einer zauberhaften Beeinflussung verleihen. Einige Beispiele der Art, überdies noch durch verhältnissmässig raschen günstigen Verlauf ausgezeichnet, finden Sie unter der Bezeichnung gemischter sensomotorischer acuter Psychosen in den Krankendemonstrationen aus meiner Klinik.[2])

Mischformen zwischen Motilitätspsychosen und mehr oder weniger verbreiteten sensorischen Psychosen sind Ihnen zum Theil durch meine oben gegebene Schilderung bekannt geworden. So erinnere ich Sie an die bei der Besprechung der verworrenen Manie hervorgehobene Thatsache, dass die hyperkinetische Motilitätspsychose mit allopsychischer Desorientirung einhergehen kann, Fälle, welchen ich ausdrücklich eine besondere Stellung vorbehalten habe. Sie kommen auf der gleichen menstruellen Grundlage vor und mit der gleichen Neigung zu periodischer Wiederholung wie die hyperkinetische Motilitätspsychose überhaupt und verdienen die Bezeichnung der hyperkinetischen Allopsychosen. Weniger häufig begegnen wir der Combination von hyperkinetischer Motilitätspsychose oder auch von agitirter Verwirrtheit mit schwereren hypochondrischen Symptomen, doch sind mir einige Fälle der Art vorgekommen, in denen ein nur wenige Tage dauerndes hypochondrisches Stadium mit Neigung zu schwerer Selbstbeschädigung die hyperkinetischen Symptome theils ersetzte, theils ihnen aufgepfropft erschien. Die hypochondrischen Symptome stellen in diesen Fällen ein kurz dauerndes Stadium der Akme her. Die Zugehörigkeit der Motilitätssymptome zum Bewusstsein der Körperlichkeit wird dadurch aufs Neue illustrirt. Andere Male geht die acute hyperkinetische Motilitätspsychose von vorn herein mit totaler Desorientirung einher, wie aus dem ablehnenden Verhalten zur Zeit des Erregungszustandes

1) Vgl. Fall 9 der „Krankenvorstellungen“ Heft 3.

2) Vgl. Fall 28 Heft 1 und Fall 2 Heft 2 der „Krankenvorstellungen“.

und der späteren Auskunft der Kranken hervorgeht. Ein Beispiel der Art haben Sie ganz kürzlich gesehen.[1]) Dass das mehr oder weniger ausgeprägte Bild einer hyperkinetischen Motilitätspsychose zu den Erscheinungen einer totalen sensorischen Psychose später hinzutreten kann, und dass der schwere Verlauf gewisser Fälle von acuter progressiver Psychose dadurch begründet sein kann, habe ich ebenfalls schon erwähnt. Sie erinnern sich bei dieser Gelegenheit, dass gewöhnlich nicht eine hyperkinetische Motilitätspsychose, sondern eine complete Motilitätspsychose bei diesem progressiven Verlaufe zu Stande kommt.

Bei der akinetischen Motilitätspsychose mussten wir es von vornherein aufgeben, nur die reinen Fälle zu betrachten, die Thatsache, dass es sich hier meist um Mischfälle handelt, ist Ihnen also schon genügend bekannt. Doch will ich noch ausdrücklich betonen, dass eine bestimmte Combination, und zwar die mit hypochondrischen Symptomen, fast die Regel bildet, wieder ein Hinweis darauf, dass die Motilitätspsychosen selbst zu den Somatopsychosen im weiteren Sinne gerechnet werden müssen. In einer ganzen Reihe von Fällen hat sich dagegen die Thatsache, dass die allopsychische Orientirung erhalten blieb, mit genügender Sicherheit feststellen lassen. Davon war einer auch somatopsychisch vollkommen orientirt, dagegen aber mit phantastischem Kleinheitswahn und überhaupt dem Bilde der affectiven Melancholie complicirt. Abgesehen von diesem letzteren, handelt es sich dabei um Fälle von ungünstigem Verlauf, während andere Fälle mit totaler Desorientirung auf sensorischem Gebiete zu vollständiger Heilung, wenn auch einige Male erst nach Jahren, gelangt sind. Es erscheint nicht gezwungen, die Partialität dieser Fälle mit der Umschriebenheit der directen Herdsymqtome bei den Gehirnkrankheiten in Parallele zu bringen. Dass von den Fällen akinetischer Motilitätspsychose, die mit totaler sensorischer Desorientirung einhergehen, die mit phantastischem Bedrohungswahn eine besondere Bedeutung beanspruchen und im Allgemeinen prognostisch ungünstig zu beurtheilen sind, habe ich oben schon genügend betont.

Meine Herren! Die cyklische Motilitätspsychose hat uns Gelegenheit gegeben, die Mischformen von Manie und Melancholie mit den beiden entgegengesetzten Phasen dieser Krankheit kennen zu lernen. Solche Combinationen und daraus resultirende Fälle gemischter Psychose finden wir nun auch abgesehen von den Motili-

1) Vgl. Fall 20 Heft 3 der „Krankenvorstellungen“.

tätspsychosen nicht so selten, und wir werden es nur begreiflich finden, dass eine Desorientirung jeglicher Art, soweit sie nicht selbst Effect einer Manie oder Melancholie ist, häufig genug mit einer diffusen Steigerung oder Herabsetzung der Erregbarkeit der Associationsbahnen einher geht. Ueberwiegend häufig handelt es sich hierbei um noch unbekannte, im Uebrigen sehr verschiedene Krankheitsfälle. Dagegen sind gewisse Combinationen bekannterer Art auch uns schon gelegentlich aufgestossen. So habe ich früher[1]) gewisser Fälle von maniakalischer Allopsychose Erwähnung gethan und möchte das vorhin Gesagte noch dahin vervollständigen, dass in Fällen von hyperkinetischer Motilitätspsychose gerade dann die Orientirung in der Aussenwelt gern Schaden zu leiden scheint, wenn die Kranken gleichzeitig maniakalisch sind, oder ein ausgeprägtes rein maniakalisches Bild das einleitende Stadium der Krankheit gebildet hat.

Eine praktisch wichtige Combination allopsychotischer Symptome mit Manie verdient noch eine besondere Erwähnung. Das Krankheitsbild der zornmüthigen Manie, welches ziemlich häufig als selbstständige Krankheit auftritt, besteht im Wesentlichen aus einer Combination von Manie mit Angstvorstellungen und entsprechenden Phonemen, ohne dass es deshalb zu erheblicher allopsychischer Desorientirung zu kommen braucht. Meist ist jedoch allopsychischer Beziehungswahn und Hypermetamorphose zugegen. Auch über Angst selbst wird geklagt, und zuweilen beobachtet man Annäherungsfurcht und Schreckhaftigkeit. Ein besonders typischer Fall der Art trat in genau vierwöchentlichen Perioden von je 14tägiger Dauer recidivirend auf, ohne dass an eine menstruelle Aetiologie gedacht werden konnte, denn es handelte sich um einen in der Pubertät befindlichen 18jährigen Jüngling, der übrigens körperlich auffallend zurückgeblieben und erblich schwer belastet war. Wie in diesem Falle, so scheint die zornmüthige Manie überhaupt überwiegend günstig abzulaufen. Die nicht seltene zornmüthige Manie der Paralytiker hat gewöhnlich nur die Bedeutung einer Krankheitsphase.

Eine weitere Combination, wenn auch nicht von Manie, aber von consecutiver asthenischer Verwirrtheit mit allopsychischer Desorientirung habe ich bei Gelegenheit der verworrenen Manie berührt und ebenso hervorgehoben, dass die gleiche Combination auch bei primärer asthenischer Verwirrtheit zu beobachten ist.[2]) Es mag dabei dahingestellt bleiben, ob ein ursächlicher Zusammenhang

1) Vgl. S. 402.
2) Vgl. S. 405 und 406.

zwischen der nachweislichen Associationsschwäche und der allopsychischen Desorientirung besteht. Das Vorkommen der im Anschluss daran erwähnten asthenischen Aut-Allopsychose der jungen Mädchen würde allerdings geeignet sein, diese Annahme zu unterstützen.

Viel weniger bekannt als die Combination maniakalischer Zustände mit anderen Psychosen ist die Vermischung der affectiven Melancholie mit solchen, und ich muss mich damit begnügen, sie gerade nur erwähnt zu haben. Ich erinnere dabei an das vorher erwähnte[1]) Vorkommen der Melancholie gleichzeitig mit akinetischer Motilitätspsychose oder mit der akinetischen Phase einer cyklischen Motilitätspsychose.

Meine Herren! Ausser den gemischten Psychosen, mit denen wir uns soeben beschäftigt haben, unterscheiden wir zusammengesetzte Psychosen. Dieselben zeichnen sich dadurch aus, dass die Krankheit bei ihnen in von einander unabhängigen, verschiedenartigen Stadien oder Phasen verläuft. Zunächst eine allgemeine Bemerkung über die Bedingung der Unabhängigkeit oder Selbstständigkeit dieser Phasen. Bei den meisten acuten Psychosen müssen wir ein Initialstadium anerkennen, welches, wie wir gesehen haben, durch den eigenthümlichen Affect der Rathlosigkeit sein besonderes Gepräge erhält. Die Rathlosigkeit kann zu Angst und Verzweiflung gesteigert sein, oder die Angst ist selbst als eine besondere, somatopsychische Form der Rathlosigkeit aufzufassen. Dieses Initialstadium können wir unmöglich als selbstständige Erscheinung auffassen, denn der darin vorherrschende Affect ist nur die Reaction auf die gleichen Elementarsymptome, welche zur Desorientirung führen und die Eigenartigkeit einer bestimmten einfachen Psychose bedingen. Wie Ihnen erinnerlich, hat gerade dieses Initialstadium den ersten Anlass dazu gegeben, dass man sich den Verlauf jeder Psychose als in Stadien erfolgend vorstellte; das erste dieser Stadien sollte demnach ein melancholisches im Sinne der älteren Autoren sein. Hat die acute Psychose ihren Höhepunkt überschritten und kommt es zur Ausbildung eines besonderen paranoischen Stadiums vor der definitiven Heilung, so werden wir darin ebenfalls nicht ein selbstständiges Stadium in dem oben postulirten Sinne erblicken können. Für uns ist dieses Stadium nichts weiter als das mehr oder weniger reine Bild der Desorientirung nach Abklingen der acuten Krankheitssymptome, die zur Desorientirung führten. Wo es statt zu dem paranoischen oder auf dieses folgend zu einem dementen

---

1) Vgl. S. 465.

Stadium kommt, gilt für dieses genau die gleiche Ueberlegung, weil es genau ebenso einen Folgezustand darstellt wie das paranoische Stadium. Auch die endlichen Ausgänge in Unheilbarkeit, d. h. entweder chronische Geistesstörung oder Demenz, können für uns in diesem Sinne keine eigentlichen Stadien sein.

Sie sehen, meine Herren, dass wir auf diese Weise dazu gelangen, die meisten der uns schon bekannten, seien es einfache, seien es gemischte Psychosen von dem Begriff der zusammengesetzten Psychosen auszuschliessen. Nur in einer Hinsicht werden wir im Zweifel sein können, nämlich ob die Aufeinanderfolge conträr entgegengesetzter Zustände, wie von Manie und Melancholie, im Sinne selbstständiger Stadien zu deuten ist. Auch hier liegt ja die Auffassung nahe, dass die gesteigerte Erregbarkeit, welche dem einen Stadium zu Grunde liegt, die Herabsetzung der Erregbarkeit in dem anderen Stadium nur vorbereitet oder auch bedingt, ganz ebenso, wie wir im peripherischen Nervensystem diese beiden Phasen häufig auf einander folgen sehen. Bekanntlich hat Meynert thatsächlich einen solchen causalen Zusammenhang vertreten und durch vasomotorische Einflüsse erklärt. Die gleiche Ueberlegung würde sich auf die einander folgenden Phasen der Hyperkinese und Akinese erstrecken. Ich möchte jedoch von dieser Ueberlegung nur so weit Gebrauch machen, dass ich die der Reconvalescenz einer Melancholie voraufgehende Manie[1]) und ebenso das umgekehrte Verhältniss als einen solchen Folgezustand anerkenne. In jedem Falle werden wir die circuläre Geisteskrankheit und die cyklische Motilitätspsychose als besondere Fälle von zusammengesetzter Psychose im Auge behalten. Nehmen wir diesen Standpunkt ein, so stellt sich, wie schon Ziehen richtig erkannt hat, heraus, dass die zusammengesetzte Psychose bei Weitem seltener anzutreffen ist, als die Fälle einfacher oder gemischter Psychose.

Unser besonderes Interesse werden die Fälle zusammengesetzter Motilitätspsychosen erregen, weil sie es offenbar sind, die Kahlbaum zur Aufstellung seines Krankheitsbildes der Katatonie veranlasst haben. Wir verstehen unter zusammengesetzter Motilitätspsychose ganz allgemein alle diejenigen acuten Psychosen, die in verschiedenen Stadien verlaufen, wenn eines von diesen das Bild einer Motilitätspsychose darbietet. Das häufigste Vorkommniss ist hier der schon öfter erwähnte Uebergang einer Angstpsychose in eine Motilitätspsychose, und zwar werden wir dann von

1) Vgl. S. 350.

zusammengesetzter Motilitätspsychose sprechen, wenn schon das erste Stadium der Angstpsychose eine längere, mindestens auf Monate ausgedehnte Dauer hat, so dass es nicht einfach als Initialstadium gedeutet werden kann. Ueberwiegend häufig entwickelt sich die Angstpsychose zur akinetisch parakinetischen Motilitätspsychose[1]) und dann oft von der besonderen Färbung, dass Zeichen des Angstaffectes entweder immer beigemischt bleiben, oder wenigstens zeitweilig die Akinese durchbrechen. Der weitere Verlauf dieser Fälle scheint überwiegend ungünstig zu sein. Seltener und dann in besonders schweren und affectvoll gefärbten Fällen findet die Entwickelung zu hyper-parakinetischer Motilitätspsychose statt. Das erste Stadium hat dabei den Inhalt des phantastischen Kleinheits- und Bedrohungswahnes und zeigt die bei der Angstpsychose gewöhnlichen Fluctuationen anscheinender Besserung. Die motorischen Symptome sind einförmiger als bei der hyperkinetischen Motilitätspsychose, die Parakinese wiegt vor, und sie dienen grossentheils zum Ausdruck der Angst, wie z. B. rhythmisches Schreien u. dergl. mehr. Statt des directen Uebergangs der Angstpsychose in eine Motilitätspsychose beobachtet man häufig auch eine Steigerung der Angstpsychose zunächst zu total sensorischer Psychose mit dem Inhalt des phantastischen Bedrohungswahnes und dann erst die weitere Steigerung zum Bilde einer Motilitätspsychose, ein Verlauf, der wie das schon oben[2]) erwähnte Krankheitsbild einer acuten progressiven Psychose entspricht. Statt einer totalen sensorischen Psychose kommt es auch häufig zu derjenigen Modification, wobei das Bewusstsein der Aussenwelt nur durch schreckhafte Hallucinationen betheiligt ist, ohne dass die Orientirung direct darunter leidet. In allen diesen Fällen erscheint die Motilitätspsychose als der Wellengipfel einer aufsteigenden und zwar extensiven Krankheitscurve.

Wenn wir nun auch in der Angstpsychose und ihrer Steigerung zur Motilitätspsychose den häufigsten Typus acuter progressiver Psychosen anerkennen müssen, so kommen doch auch häufig andere Formen vor, wobei zwar der Wellengipfel ebenfalls eine Motilitätspsychose darstellt, der Anfang der Krankheit aber durch irgend eine andere Psychose gebildet wird. Besonders häufig gilt das für die der Angstpsychose nahe stehende acute Hallucinose, von der wir eine besondere progressive Verlaufsform, die, wie ich ergänzend hinzufüge, zu com-

---

1) Ein Beispiel davon ist Fall 21 Heft 2 und Fall 18 Heft 3 der „Krankenvorstellungen".

2) Vgl. S. 463.

pleter Motilitätspsychose führen kann, schon gelegentlich[1]) kennen gelernt haben. Auch die besondere Form circumscripter Autopsychose durch überwerthige Idee kann den gleichen progressiven Verlauf nehmen. Ein besonders instructiver Fall der Art betraf einen 41jährigen Nachtwächter, der im December 1895 aufgenommen wurde und zunächst nur die überwerthige Idee zeigte, dass ein Fräulein aus gebildetem Stande ihn liebe und ihm dies auch durch ihr Verhalten gegen ihn zu erkennen gegeben habe (autopsychischer Beziehungswahn). Die Detention führte zu der Erklärungsvorstellung, dass ein Rivale ihn beseitigen wolle. Schon nach zwei Monaten konnte ich den Kranken in einem ganz veränderten Zustande vorstellen, da er sich allgemein verfolgt glaubte, den Körper durch Gift ruinirt, sich selbst schwer krank und hinfällig wähnte, dabei ein Graf und in der Kindheit von Räubern vertauscht zu sein glaubte, drohend und zugleich gewaltthätig wurde. Zeitweilig waren diesem Stadium hyperkinetische und parakinetische Symptome beigemischt. Hier hatte also eine zunächst ganz circumscripte Erkrankung den progressiven Verlauf bis zum Auftreten von Motilitätssymptomen eingeschlagen. Das erste sonst durchaus reine Stadium circumscripter Autopsychose war hier nur dadurch auffällig, dass es mit zahlreichen, übrigens eigenartigen Phonemen einher ging, eigenartig insofern, als sie ausschliesslich in Liebesworten seitens jenes Fräuleins bestanden, so dass der Kranke sich dafür den technischen Ausdruck „Herzenssprache“ geschaffen hatte. Aetiologisch kam zweifellos sexuelle Enthaltung, da der Mann seit zwei Jahren von seiner Frau getrennt lebte, und seit einem Jahre zu wenig Schlaf in Betracht, Alcoholmissbrauch lag nicht vor. Mit dem Bilde einer acuten Allopsychose mit allopsychischer Desorientirung von mehrmonatlicher Dauer begann der Krankheitsfall eines 30jährigen Dienstmädchens, welches dann allmählich vollständig regungslos wurde und etwa $1^1/_2$ Jahre lang das Bild einer akinetischen Motilitätspsychose darbot. Die Kranke scheint jetzt, nach allmählichem Nachlass der Akinese, bis schliesslich auch der Mutacismus verschwand, ohne Defecte in die Reconvalescenz einzutreten. In drei gesonderten Stadien verlief der Fall eines 28jährigen Schneidermädchens, welches $^3/_4$ Jahr lang melancholisch erschien, dann unter rascher Zunahme der Erscheinungen ein weiteres Vierteljahr auch in Bezug auf Aussenwelt und Körperlichkeit desorientirt blieb und schliesslich den Symptomencomplex der akine-

1) Vgl. S. 280.

tischen Motilitätspsychose bot. Ich konnte sie Ihnen etwa $^1/_2$ Jahr nach dem Beginn dieses letzteren Stadiums total verblödet, mit Contracturen beider Hände, einer fixirten Rumpf- und Kopfhaltung welche an den berühmten Sehhügelfall von Meynert erinnerte, beim Gehen und Stehen in Spitzfussstellung oder mit den äusseren Fussrändern auftretend, vorstellen. Der sich rasch vollziehende Uebergang des ersten in das zweite Stadium wurde durch das Auftauchen incohärenter Verfolgungs- und Grössenideen gekennzeichnet.

Die allmähliche Umwandlung des einen Krankheitsbildes in das andere und die sichtliche Progression, die in der Zunahme der Extensität der Symptome liegt, bedingen es, dass die Unterscheidung besonderer Stadien in den geschilderten Fällen etwas künstlich erscheint, sie tritt auch wirklich nur demjenigen Beobachter frappant entgegen, der die Kranken nur seltener und in grösseren Zwischenräumen zu sehen bekommt.

Ganz anders ist der Sachverhalt in einer Reihe von anderen Fällen. So konnte ich Ihnen vor einiger Zeit einen Kranken zeigen, der das Bild einer akinetischen Motilitätspsychose mit schwerer Benommenheit darbot und angeblich acut erkrankt war. Gewisse Anhaltspunkte der Anamnese führten uns zu dem Verdacht, dass es sich um eine paralytische Erkrankung handelte, und in der That konnte ich Ihnen nicht lange darauf denselben Kranken frei von Motilitätssymptomen im Zustande jenes phantastischen Grössenwahnes demonstriren, welchen wir als die specifisch paralytische Form der expansiven Autopsychose kennen gelernt haben.[1] Hier hatte der eine Zustand den anderen abgelöst. Auch die Manie bildet nicht selten ein Verlaufsstadium der zusammengesetzten Motilitätspsychose. Sie kann auf die akinetische Motilitätspsychose, sei es bald, sei es nach einem Zwischenstadium von anscheinender Demenz folgen, gewöhnlich nicht ganz rein, sondern mit einer Beimengung von Hypermetamorphose oder sensorisch agitirter Verwirrtheit.[2] Das maniakalische Stadium scheint in dieser Combination von günstiger Vorbedeutung zu sein und entweder direct oder nach einem weiteren Stadium des Erschöpfungsstupors zur Heilung zu führen. Die gleiche günstige Bedeutung bewährte die Manie in einem Falle, in welchem sie als drittes Stadium auftrat, nachdem ein Stadium agitirter motorischer Verwirrtheit und ein zweites der residuären Hallucinose voran gegangen war. Dabei kam als er-

1) Vgl. S. 367.
2) Vgl. S. 395.

schwerendes Moment eine floride Phthise in Betracht, welche es nicht zu einer erheblichen Zunahme des Körpergewichts kommen liess. Als Aetiologie liess sich bei der Patientin, einer 32jährigen Strohhutnäherin, ausser erblicher Belastung Ueberarbeitung, Kummer und Sorgen, ein Blutverlust durch äussere Verletzung und schliesslich ein Influenzaanfall nachweisen. Kurz erwähnen möchte ich die Combination einer rein motorisch bedingten completen Motilitätspsychose mit schwerer hypochondrischer Psychose der Art, dass letztere sich ausbildete, nachdem die Motilitätspsychose vollständig abgeklungen war und die bestimmte Erwartung bevorstehender Heilung erweckt hatte. In einem Fall schloss sich an einen einmaligen Turnus cyklischer Motilitätspsychose, übrigens puerperaler Aetiologie, ein weiteres anscheinend ungünstig verlaufendes Stadium selbstständiger Wahnbildung auf Grund sensorischer Symptome an. Besonderes Interesse musste ein Fall erregen, in welchem ein 16tägiges Stadium geordneter Manie, gefolgt von einem zweitägigen anscheinenden lucidum intervallum, einer akinetischen Motilitätspsychose voranging, die bei aller vollständigen Ausprägung doch nie den Grad erreichte, dass Patient unsauber wurde, dabei vier Monate anhielt und ihrerseits von einem paranoischen Stadium und schliesslich von Demenz gefolgt wurde. Das maniakalische Bild des ersten Stadiums hatte bemerkenswerther Weise in Zeiten höchster Erregung eine Beimengung von übrigens nur angedeuteten Motilitätsstörungen, indem der Kranke zuweilen in gebieterischen Stellungen verharrte und dabei eine gewisse Starre des Ausdrucks zeigte. Der 20jährige Kranke war erblich belastet und hatte einen geisteskranken Bruder.

Auch das schon an sich gemischte Bild der zornmüthigen Manie kann als Stadium einer zusammengesetzten Psychose auftreten. So ging es in einem Falle von erblich degenerativer Aetiologie bei einem 15jährigen Knaben einem zweiten Stadium der hyperkinetischen Motilitätspsychose voraus, welchem ein weiteres Stadium schweren Erschöpfungsstupors folgte; der Kranke, der schon wiederholt kurz dauernde Anfälle von Psychose durchgemacht hatte, wurde zunächst vollständig gesund. In nur Stunden dauernden, unregelmässig mit täglichen bis viertägigen Intervallen wiederkehrenden Anfällen zornmüthiger Manie, deren Zwischenzeiten theils annähernd normal, theils aber auch und überwiegend von Angstzuständen mit schreckhaften Hallucinationen eingenommen waren, bestand das zweite $^1/_2$ Jahr lang dauernde Stadium einer zusammengesetzten Psychose, deren erstes Stadium eine Angstpsychose von etwa ein-

monatlicher Dauer ausmachte. Der zurückbleibende Folgezustand ergab eine hochgradige inhaltliche Verwirrtheit mit autopsychischer und allopsychischer Desorientirung im Sinne der früher vorhandenen Hallucinationen und mässig gereizter Stimmungslage. Die 52jährige Kranke bot keine Aussicht auf Heilung mehr und wurde nach einer Pflegeanstalt der Provinz verlegt. Auf weitere Beispiele zusammengesetzter Psychosen komme ich bei Gelegenheit der ätiologischen Gruppirung der Psychosen noch zurück und möchte hier nur den einen Punkt betonen, dass die progressive Paralyse, wenn sie als zusammengesetzte Psychose verläuft, häufig auch ein Stadium der zornmüthigen Manie und besonders gern im acuten Beginn der Krankheit producirt.

Siebenunddreissigste Vorlesung.

Die progressive Paralyse eine ätiologische Krankheitsgruppe. Prodromalsymptome. Spinale und corticale Symptome. Verschiedene Formen der paralytischen Psychosen. Verlauf als zusammengesetzte Psychose. Die paralytische Demenz. Remissionen und paralytische Anfälle. Atypische Paralyse. Aufsteigende Paralyse. Diagnose. Behandlung. Anatomischer Befund.

Meine Herren!

Die progressive Paralyse ist uns im Laufe dieser klinischen Besprechungen so häufig und in so verschiedener Gestalt entgegengetreten, dass Sie schon auf die praktische Bedeutung dieser Krankheitsgruppe geschlossen haben werden. Weit grösser noch ist aber ihre principielle, theoretische Bedeutung. Denn die zu ihr gehörigen Fälle zeigen nicht nur, und zwar allein unter allen Psychosen, einen fast constanten anatomischen Befund, sondern wir wissen auch, dass die Constanz dieses Befundes einer Constanz bestimmter Symptome entspricht, die fast allen Fällen gemeinsam ist, während davon abgesehen eine sehr verschiedenartige Localisation des Krankheitsprocesses, wieder aber mit entsprechend verschiedener Symptomatologie, gefunden wird. So bietet sie uns das Beispiel einer Gehirnkrankheit, bei welcher anatomischer Befund und Symptome einander entsprechen. Freilich gilt dies bis jetzt nur für die Symptome von Seiten des Projectionssystems und der Ausfallserscheinung der Demenz. Aber der Analogieschluss ist gestattet, dass, was für diese gilt, auch für die nicht minder grosse Verschiedenheit des psychischen Krankheitsbildes zutreffen wird, wenn man im Stande ist, diese Krankheitsbilder symptomatologisch zu fixiren. Und so bietet uns die progressive Paralyse den Ausblick in eine allgemeine anatomische Begründung der Psychosen. Sie sehen,

meine Herren, dass es auch aus diesem Gesichtspunkt nöthig ist, an unserem Standpunkt festzuhalten, wonach die progressive Paralyse nur eine ätiologische Zusammenfassung von sonst unter einander sehr verschiedenen Psychosen bedeutet.

Die paralytische Aetiologie zeigt sich den Giftwirkungen am nächsten verwandt, nur mit dem Unterschiede, dass es sich um eine Giftwirkung handelt, die als im Organismus immer wieder neu entstehend vorgestellt werden muss. Der progressive, deletäre Charakter der Krankheit ist auf keine andere Weise zu erklären. Trotzdem man diese auch hinsichtlich der analogen spinalen Erkrankung — der Tabes dorsalis — nothwendige Auffassung durch die Annahme eines metasyphilitischen Giftes im Gegensatz zu dem syphilitischen erklärt, wird man doch nicht umhin können, eine Bakterienwirkung als Grundlage für dieses eigenthümliche Verhalten anzunehmen. Doch will ich schon hier bemerken, dass vereinzelt Ausnahmen von diesem deletären Verlauf beobachtet werden. Im Lauf der Jahre sind mir, allerdings unter Tausenden von Fällen ausgeprägter paralytischer Psychose auf nachweislich syphilitischer Basis, einige wenige vorgekommen, die vollständig geheilt worden und nicht rückfällig geworden sind. Wie Sie aus diesen Bemerkungen ersehen, fasse ich die Paralyse als den Inbegriff der syphilitisch bedingten Psychosen auf, ein Standpunkt, der mehr und mehr die allgemeine Anerkennung findet und auch nach den Erfahrungen unserer Klinik berechtigt erscheint. Dass damit nicht ein ausschliesslich ursächliches Verhältniss der Syphilis zu einer bestimmten Psychose behauptet wird, wird Ihnen schon aus wiederholten gelegentlichen Aeusserungen klar geworden sein. Man kann immer nur die Vorliebe einer bestimmten Aetiologie für eine bestimmte Krankheitsform anerkennen.

Mit dieser Einschränkung muss man als specifisch paralytische Psychose den phantastischen Grössenwahn betrachten, jene schon früher erwähnte[1]) expansive Form der Autopsychose, welche fast nur auf syphilitischer Grundlage zur Beobachtung kommt. Doch habe ich schon früher auf das allerdings seltene Vorkommniss der von Kahlbaum sogenannten Progressiva divergens hingewiesen,[2]) welche wahrscheinlich, und Ihnen den Fall einer 86jährigen Frau mit dem gleichen phantastischen Grössenwahn vorgestellt, welche sicher nicht syphilitisch begründet waren. Der phantastische Grössenwahn bildet ebenso wie die anderen noch zu erwähnenden schärfer

1) Vgl. S. 366.
2) Vgl. S. 367.

ausgeprägten Psychosen gewöhnlich nur ein Wochen bis Monate lang anhaltendes, allerdings häufig das erste Stadium einer zusammengesetzten Psychose.[1])

Bekannt sind die Prodromalsymptome der progressiven Paralyse, welche meist von schwerem Krankheitsgefühl begleitet sind. Sie bestehen in Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und gereizter Stimmung und können ein bis zwei Jahre lang dem Ausbruch der acuten Psychose vorangehen. Jedoch werden Kopfschmerzen verhältnissmässig häufig ganz in Abrede gestellt. In diesem Prodromalstadium, welches häufig von schwerer Neurasthenie gar nicht zu differenziren ist, hört man auch subjective Klagen über Vergesslichkeit und mangelnde Leistungsfähigkeit, ohne dass diese Symptome objectiv nachweisbar sind. Bei einem Theil der Fälle finden sich jedoch schon zeitig und auch schon in diesem Prodromalstadium die Symptome von Seiten des Projectionssystems ausgeprägt. Sie bestehen, wie ich kurz recapituliren will, in einer meist gerade nur angedeuteten Facialisparese oder Zungenabweichung, in der sogenannten paralytischen Sprachstörung und einem Tremor der Stimme, der Zunge und der Lippen. Die paralytische Sprachstörung bewegt sich zwischen zwei Gegensätzen, die man als Sylbenstolpern und Verwaschenheit der Sprache bezeichnen kann, wenn man nicht die anatomische Kennzeichnung der corticalen und bulbären Sprachstörung vorziehen will. Zur Feststellung des Sylbenstolperns bedient man sich gewisser Probewörter, die man nachsprechen lässt, wie Civilisation, Armeereorganisation, Exterritorialität u. dergl. mehr. Die Stimme wird vibrirend bis zur Aegophonie. Fehlen in dem Prodromalstadium diese für die Paralyse entscheidenden Symptome, so ist die Diagnose immer noch zuweilen möglich, sobald man charakteristische spinale Symptome nachweisen kann. Diese spinalen Symptome[2]) gehen zuweilen allen anderen Erscheinungen der Paralyse voran und sind deshalb das allerwerthvollste diagnostische Hülfsmittel. Hier nur soviel, dass es die Zeichen sogenannter Strangerkrankung des Rückenmarks sind, also theils Hinterstrangssymptome, theils Seitenstrangssymptome. Zu den ersteren muss man die reflectorische Pupillenstarre rechnen. Auf Pupillenungleichheit kann man bei Weitem nicht so viel Werth legen. Besonders mache ich aufmerksam auf gewisse

---

1) Ein gutes Beispiel dieses phantastischen Grössenwahns ist Fall 14 Heft 3 der „Krankenvorstellungen“.

2) Vgl. Gaupp, Die spinalen Symptome der progressiven Paralyse. Psychiatr. Abhandl. 9. Heft.

charakteristische Zeichen combinirter Strangerkrankung, und zwar finden sich hier zwei Typen, die gleich verwerthbar sind, nämlich eine Steigerung der passiven Beweglichkeit der Beine zugleich mit Steigerung der Sehnenreflexe, und eine Herabsetzung der passiven Beweglichkeit, also ausgesprochene Steifigkeit, zugleich mit einer Herabsetzung oder auch gänzlichem Schwinden der Sehnenreflexe. Bei längerer Beobachtung kann je einer dieser Befunde von dem anderen gefolgt sein, beispielsweise also das verschwundene Kniephänomen wiederkehren! Was ihre diagnostische Verwerthung betrifft, so ist zu beachten, dass die Neurasthenie zwar eine Steigerung der Sehnenreflexe, aber niemals eine Herabsetzung derselben mit sich bringt.

Was die nächste Ursache der Krankheit betrifft, so ist unzweifelhaft angestrengte geistige Arbeit häufig vorangegangen. Jedoch würden wir uns eine falsche Vorstellung machen, wenn wir allein das Quantum der Arbeit berücksichtigen wollten, sehen wir doch oft Männer mit unausgesetzter angestrengter Geistesarbeit ein hohes und rüstiges Alter erreichen. Ich möchte im Gegentheil behaupten, dass selbst angestrengte geistige Arbeit der Gesundheit durchaus zuträglich ist. Was allein schädlich wirkt, das ist die Arbeit unter Emotionen. Wer sich gezwungen sieht, über seine individuellen Kräfte hinaus zu arbeiten, von bestimmten Terminen gedrängt wird, eine Verantwortlichkeit zu übernehmen, der er nicht gewachsen ist, mit Aufregungen, Kummer und Sorgen dabei zu kämpfen hat, der kann leicht auch bei rein geistiger Arbeit Schaden nehmen. Man wird nicht verkennen, dass das um sich greifende Streberthum diesen Schädlichkeiten Vorschub leistet. Aus dem Angeführten ebenso wie aus der grösseren Häufigkeit syphilitischer Infection erklärt sich das bedeutende Ueberwiegen des männlichen Geschlechtes, besonders in den gebildeten Ständen. Das Lebensalter, welches mit Vorliebe befallen wird, ist das zwischen 30 und 50, besonders aber zwischen 35 und 45 Jahren.

Der expansiven Autopsychose am nächsten steht die paralytische Manie; auch in dieser Beziehung verweise ich auf meine früheren Ausführungen.[1]) Meist ist das Bild der Manie durch das gleichzeitige Vorhandensein von phantastischem Grössenwahn eigenartig gefärbt. Andere Male ist es insofern unrein, als auch Hypermetamorphose oder hyperkinetische Symptome die Manie begleiten. Doch kommen Fälle von ganz reiner Manie paralytischer Aetiologie un-

1) Vgl. S. 365.

zweifelhaft vor,[1]) und nach ihrem Ablauf tritt zwar nur sehr selten vollständige Heilung, aber häufig eine sehr gute Remission von längerem Bestande ein. Andere Male klingt die Manie dadurch ab, dass sie in den besonneren Zustand des einfachen phantastischen Grössenwahnes übergeht.

Auch die affective Melancholie ist nicht selten paralytisch bedingt, wenn auch meist nicht vollständig rein, sondern entweder mit Beimischung leichten Beziehungswahns, oder von Symptomen einer Angstpsychose, oder auch beiden der reinen Melancholie fremden Bestandtheilen. Die Kenntniss des Umstandes, dass eine Erkrankung an Melancholie in einem Alter von 35—45 Jahren immer den Verdacht auf Paralyse erweckt, ist ziemlich verbreitet.

Der paralytischen depressiven Melancholie ist ebenfalls schon Erwähnung gethan. Auch hier ist häufig Beziehungswahn beigemischt, so dass die Differentialdiagnose von Pseudo-Melancholie in Frage kommt.

Von paralytischen Allopsychosen ist vor Allem das paralytische Delirium hervorzuheben. Zum Unterschiede von den vorerwähnten Formen paralytischer Psychosen, welche mit Vorliebe die Anfangsstadien der Krankheit bilden, kann der delirante Zustand in jeder Phase der Krankheit auftreten, oft ziemlich plötzlich und überraschend. In den meisten Fällen ist es deshalb nicht schwer, die Diagnose richtig zu stellen. Im Uebrigen kann das klinische Bild bis in alle Einzelheiten dem des Delirium tremens gleich sein, wie ich schon oben[2]) hervorgehoben habe. Indessen ist dies immerhin selten. Meist ist schon das Ueberwiegen des eigentlichen Dämmerzustandes und die Unmöglichkeit, die Kranken daraus zu erwecken, auffallend. Die Benommenheit des Sensoriums tritt häufig ganz in den Vordergrund der Erscheinungen, so dass man von einem paralytischen Stupor sprechen kann. Die deliranten Züge, die denselben meist eigenartig färben, sind oft nur der Betheiligung des Projectionssystems durch Muskeltremor, Stimmtremor und Muskelsteifigkeit entlehnt. Statt der Bewegungsunruhe prävalirt ein akinetisches Verhalten.

Von anderweitigen Allopsychosen muss ich eines Falles Erwähnung thun, in welchem das reinste Bild der Presbyophrenie in ihrer deliranten Form durch einige Tage bestand, um sich dann durch einen paralytischen Anfall und nachfolgende specifisch paralytische

---

1) Verhältnissmäsig rein ist der Fall von paralytischer Manie in Heft 3 der „Krankenvorstellungen“ Fall 30.

2) Vgl. S. 289.

Symptome von Seiten des Projectionssystems als einen Fall von Paralyse aufzuklären. So lehrreich dieser Fall in principieller Beziehung ist, so kann ich ihn doch nur als seltenes Vorkommniss hier anführen. Von hallucinatorischen Allopsychosen ist mir ein ebenfalls seltener Fall in Erinnerung, eine Prostituirte betreffend, welche zwei Jahre lang als chronische Hallucinose auf der Klinik lag und jedes Semester als solche vorgestellt wurde. Sie erinnern sich, dass bei ihrer letzten Vorstellung zu meiner Ueberraschung Symptome von Seiten des Projectionssystems bemerklich wurden, welche uns über die paralytische Aetiologie aufklärten, wie denn auch der weitere Verlauf die Diagnose der Paralyse bestätigt hat. Auch von acuter Hallucinose giebt es Fälle von paralytischer Aetiologie, welche sich zum Theil erst nach Ablauf des paranoischen Stadiums durch auffallende Defecte, Einbusse an Merkfähigkeit und paralytische Sprachstörung in ihrer wahren Bedeutung herausstellen. Doch wird es hier oft schwer sein und nur durch eine genaue Kenntniss der Anamnese gelingen, die alkoholistische Pseudoparalyse[1]) auszuschliessen. Bei dieser Gelegenheit will ich erwähnen, dass die noch vielfach verbreitete Meinung von der Seltenheit der Hallucinationen bei Paralyse gänzlich irrig ist. In unserer Klinik haben wir häufig genug acute paralytische Psychosen gehabt, bei denen die Hallucinationen ebenso oder noch stärker vertreten waren, wie in entsprechenden Krankheitsfällen anderer Aetiologie.

Dass die Angstpsychosen nicht selten paralytisch bedingt sind, habe ich schon bei deren Besprechung hervorgehoben.[2]) Ganz besonders ist die hypochondrische Angstpsychose dem Verdacht der Paralyse ausgesetzt, wie überhaupt das grosse Gebiet der Somatopsychosen zum Theil die schwerst verlaufenden Fälle von Paralyse stellt. Beispiele davon habe ich schon früher erwähnt, u. A. die Anfälle schwerster somatopsychischer Rathlosigkeit und Desorientirung, die eine im weiteren Verlauf rein demente Form der Paralyse einleiteten.[3]) Doch muss ich auch einen früher erwähnten[4]) Fall schwerer Hypochondrie hierher rechnen, den ich als Beispiel einer residuären Hallucinose mit günstigem Ausgang nach acuter Psychose angeführt habe. Schon bei dieser ersten Erkrankung lag der Verdacht auf Paralyse vor, da vorangegangene Lues bekannt war. Nach einem Zeitraum von fünf Jahren vollständiger Gesundheit trat

1) Siehe später.

2) Vgl. S. 242.

3) Vgl. S. 267.

4) Vgl. S. 118.

ein Recidiv, diesmal in Form der expansiven Autopsychose auf, welches in deletärem Verlauf binnen Jahresfrist zum Tode führte. Ein Fall rapidesten Verlaufes verdient hier Erwähnung, in welchem zunächst eine einfache intestinale Somatopsychose ohne phantastische Deutung durch Wochen bestand und als wirkliches Darmleiden behandelt wurde. Daran schloss sich jedoch eine Phase hypochondrischer Symptome von ganz phantastischem Gepräge, der Kranke beschrieb Gänge, die durch sein Gehirn liefen, in denen ein ganzer Fabrikbetrieb mit allen möglichen Hantirungen vor sich ging, und bald entwickelte sich daraus der schwerste phantastisch hypochondrische Bedrohungswahn. Unter Anderem wurde der Kranke die letzten Wochen von der grässlichen Sensation gemartert, dass ein Tiger auf ihm liege und seine Leber zerfleische. Der ganze Krankheitsverlauf des 38jährigen Mannes betrug vier Monate. Lues war vor zehn Jahren vorangegangen und mehrfach behandelt worden. Bei Gelegenheit der totalen sensorischen Psychose habe ich schon erwähnt,[1]) dass acute ascendirende Psychosen vorkommen, die sich als paralytisch erweisen und eine sogen. galoppirende Form der Paralyse darstellen. Auch diesen Fällen sind gewöhnlich entweder bald zu Anfang oder im weiteren Verlaufe Symptome des phantastisch hypochondrischen Bedrohungswahns beigemischt. Während die erwähnten Fälle sich zum Theil durch einen je nach dem Inhalt verschieden gefärbten, zuweilen aber dem Grade nach geradezu furchtbaren Affect auszeichnen, beobachtet man in anderen zum Glüc khäufigeren Fällen gerade das Gegentheil. Die schwersten hypochondrischen Vorstellungen werden fast ohne allen Affect geäussert: z. B. die, keinen Kopf, kein Herz, keine Lungen, keinen Magen zu haben, oder vollständig hohl zu sein, „nur eine Röhre“, wie ein gebildeter Kranker sich drastisch äusserte. Diese Erscheinung ist durchaus selbstständig und nicht von der etwa gleichzeitig nachweisbaren Demenz abhängig. Sie finden einen typischen Fall der Art in den Krankenvorstellungen aus meiner Klinik.[2]) Der gleiche Kranke hatte aber in einem früheren acuteren Stadium seiner Krankheit Wochen lang das Bild schwerster somatopsychischer Rathlosigkeit gezeigt, allerdings nicht in der Form der Agitation, sondern nur einer fast gänzlichen Unzugänglichkeit und Hilflosigkeit, während nur vereinzelte gelegentliche Aeusserungen und Handlungen auf den totalen Verlust der körperlichen Orientirung hindeuteten.

1) Vgl. S. 463.
2) Heft 3 Fall 26.

Von Motilitätspsychosen paralytischer Art habe ich die hyperkinetische Form schon wiederholt erwähnt. Gewöhnlich sind ihr maniakalische Züge, phantastischer Grössenwahn und Hypermetamorphose beigemischt und bildet dieses Krankheitsbild nur ein mehrwöchentliches, meist späteres, Stadium der Krankheit.[1]) Hat sich eine ascendirende sensorische Psychose zu totaler gesteigert, so ist ganz gewöhnlich ein Hinzutreten hyperkinetischer Symptome bei paralytischer Aetiologie noch zu beobachten. Als ein verhältnissmässig häufiges Vorkommniss möchte ich bei dieser Gelegenheit den isolirten Rededrang der Paralytiker hervorheben, einen Rededrang ohne specifisch hyperkinetische Färbung, sondern ideenflüchtig bedingt, aber auch ohne eigentliche Manie. Dieser eigenthümliche isolirte Rededrang bei sonstigem anscheinend besonnenen Verhalten wird fast nur bei Paralytikern beobachtet, die einzige mir bekannte Ausnahme bilden leichteste Fälle von circulärer Geisteskrankheit. Vereinzelte hyperkinetisch parakinetische Symptome, wie Verbigeriren und Bewegungsstereotypien, sind bei Paralytikern späterer Stadien ungemein häufig anzutreffen. Sie erinnern sich, dass ich zur Demonstration dieser Symptome gerade Paralytiker häufig verwandt habe. Auch in ihren Beziehungen zu Aphasie und Lähmungen sind diese Fälle zuweilen besonders lehrreich. Eine Art der Echolalie mag hier kurz berührt werden, welche zugleich mit schwerer motorischer Rathlosigkeit der Paralytiker zuweilen beobachtet wird und einen so rasch erfolgenden Reflex producirt, dass eigentlich mitgesprochen wird, nicht nachgesprochen. Ein Beispiel davon finden Sie in den Krankenvorstellungen[2]) aus meiner Klinik. Nebenbei gesagt findet man sonst die Echolalie, meist nur als ein- bis zweisylbiges Echo, zuweilen bei schon vollständig blödsinnigen und leeren Paralytikern und in der Form von Antworten. Die folgende Unterhaltung dürfte einigermaassen typisch dafür sein: „Sind Sie gross?“ „Gross.“ „Sind Sie klein?“ „Klein.“ „Sind Sie ein Mann?“ „Mann.“ „Sind Sie eine Frau?“ „Frau.“ u. s. w.

Die akinetische Motilitätspsychose ist bei der progressiven Paralyse verhältnissmässig selten in reiner Ausprägung anzutreffen, wenn man berücksichtigt, dass die verbreitete Muskelstarre der Paralyse ihre besondere spinale Begründung hat. Andeutungen davon sind jedoch in den späteren Stadien nicht so selten anzutreffen. In einigen mir bekannten Fällen bildete jedoch eine ausgeprägte akine-

1) Ein gutes Beispiel paralytischer hyperkinetischer Motilitätspsychose ist Fall 8 Heft 2 der „Krankenvorstellungen“.

2) Vgl. Fall 18 Heft 2 Nachtrag.

tische Motilitätspsychose das erste acute Stadium der Paralyse, welches von einem zweiten der sensorisch agitirten Verwirrtheit und einem dritten der paralytischen Demenz mit paralytischen Anfällen gefolgt war. Hin und wieder trifft man auf Krankheitsbilder, welche ein eigenthümliches Gemisch eines paralytischen Deliriums mit akinetischer Motilitätspsychose aufweisen. Auch akinetisch-parakinetische Zustände, die durch das Vorwiegen der motorischen Desorientirung und Rathlosigkeit eine besondere Färbung erhalten, sind zu erwähnen.[1])

Schliesslich will ich nicht unterlassen, gewisse Dämmerzustände mit Benommenheit des Sensoriums hier zu erwähnen, welche ganz wie nach epileptischen so auch nach paralytischen Anfällen auftreten können, meist gewisse Herdsymptome, wie z. B. Zeichen sensorischer Aphasie, beigemischt haben und nach mehrtägiger Dauer sich zurückzubilden pflegen.

Ueberblicken wir das Gesammtbild der progressiven Paralyse, soweit sie als eigentliche Psychose aufzufassen ist, so ist sie in den meisten Fällen geradezu das Vorbild einer zusammengesetzten Psychose, welche nach einander ganz verschiedene Stadien durchläuft. Jedes dieser Stadien kann eine reine einfache Psychose sein, gewöhnlich aber zeigt das Krankheitsbild noch gewisse fremdartige Bestandtheile, unter denen die ungemein häufigen Erinnerungsfälschungen nicht vergessen werden sollen. Unter den möglichen Combinationen ist eine etwas häufiger als alle anderen, nämlich die, bei welcher ein Stadium phantastischen Grössenwahns von einem solchen der Manie mit allopsychischer Desorientirung und schliesslich einem Stadium ausgeprägt hypochondrischer Symptome gefolgt ist. Mindestens ebenso häufig jedoch, als dieser eine nach verbreiteter Anschauung als specifisch geltende Verlauf beobachtet wird, sind die Fälle einfacher Psychose, die nur durch den raschen Uebergang in Demenz und die Zumischung der oben erwähnten Symptome von Seiten des Projectionssystems von anderen einfachen Psychosen unterschieden sind. Oder es kommt zu einem bunten Gemisch auch zeitlich wechselnder Symptome und dadurch zu einem complicirten, jeder einfachen Psychose fern stehenden Krankheitsbilde.

Schon dieser regelmässige Ausgang in Demenz beweist die Richtigkeit der besonders von C. Westphal seiner Zeit hervorgehobenen Beobachtung, dass die Paralyse fast immer schon zeitig Zeichen von Demenz erkennen lässt. Doch sind es gerade die als

---

1) Vgl. als Beispiel Fall 18 Heft 2 der „Krankenvorstellungen“.

einfache Psychosen verlaufenden Fälle, in welchen nach der ganzen Art ihres Krankheitsbildes eine nähere Feststellung in dieser Hinsicht oft nicht gelingt. Noch am leichtesten ist hier das nicht schlechthin der Demenz zuzurechnende Symptom der verminderten Merkfähigkeit zu constatiren. Aber auch dieses verliert bei sehr schweren Affecten seine Bedeutung. Andererseits giebt es Fälle, welche keine Spur eines Defectes und auch nicht eine Einbusse an Merkfähigkeit erkennen lassen, wie die schon angeführten Beispiele paralytischer Manie. Der phantastische Grössenwahn dieser Fälle hat zwar einen gewissen Defect des Urtheils zur Voraussetzung, da die Realität der Dinge offenbar ignorirt wird, indessen finden wir hierin einen Widerspruch, der nicht grösser ist als der bekannte und nach meiner Meinung ebenfalls zu Unrecht als Defectsymptom verwerthete Mangel an Kritik, den alle Geisteskranken gegenüber ihren Hallucinationen zeigen. Uebrigens finden Sie ein Beispiel paralytischer Manie ohne phantastischen Grössenwahn in meinen „Krankenvorstellungen“.[1])

In einem nicht unerheblichen Bruchtheil der Fälle vollzieht sich der Verlauf der progressiven Paralyse nicht in der Form einer oder mehrfacher Psychosen, sondern als eine bald mehr gleichmässig, bald mehr schubweise fortschreitende Demenz, eine Verlaufsform, welche zu der Benennung Dementia paralytica geführt hat. Bei Gelegenheit der erworbenen Demenz komme ich auf diesen Verlauf noch einmal zurück. In allen diesen Fällen findet man zugleich entweder ausgeprägte spinale Symptome oder paralytische Anfälle mit darauf folgenden Herdsymptomen. Die Einbusse an geistigem Besitzstand kommt hier ohne den Umweg einer anderweitigen Psychose ähnlich wie die allmählich anwachsenden directen Herdsymptome bei organischer Gehirnkrankheit zu Stande, sie beginnt als autopsychischer Defect und endet schliesslich in körperlicher Desorientirung.

In der letzt betrachteten Verlaufsweise haben wir den gleichmässigsten und continuirlichsten Verlaufstypus der Krankheit zu erkennen, er liesse sich durch eine langsam ansteigende extensive Curve versinnlichen und gehört eigentlich dem Gebiet der chronischen Psychosen an. Wo eigentliche Psychosen in den Verlauf eingeschoben sind, zeigt dagegen die Krankheit wenigstens zeitweilig immer ein acutes Gepräge und ist deshalb auch von Meynert ausdrücklich den acuten Psychosen zugerechnet worden.

---

1) Vgl. Fall 30 Heft 3.

Meine Herren! Das vielgestaltige Bild der progressiven Paralyse ist durch die vorstehende Schilderung immer noch nicht genügend gekennzeichnet, es fehlen dabei noch gewisse Schwankungen in der Intensität des Krankheitsprocesses, welche sich in den meisten länger dauernden Fällen geltend machen und gewissermaassen Etappen in dem mehr oder weniger gleichmässigen Fortschritt der Krankheit bedeuten. Diese Schwankungen machen sich in zwei entgegengesetzten Richtungen geltend, als Nachlässe der Krankheit, sogenannte Remissionen, und als acute Steigerungen derselben, die sogenannten paralytischen Anfälle. Die Remissionen bilden vielfach den nächsten Ausgang acuter paralytischer Psychosen, besonders häufig des paralytischen Grössenwahns, jener schon vielfach erwähnten specifisch paralytischen Autopsychose, und der paralytischen Manie. Man kann die Remissionen als gute und schlechte unterscheiden, meist nach dem Kennzeichen der Krankheitseinsicht für die Symptome der acuten Psychose. Kommt es nicht bis zur Krankheitseinsicht, sondern nur zum Schwinden oder Nachlass der acuten Krankheitssymptome, so dauert die Remission meist nur Wochen oder Monate. Ausnahmsweise kann jedoch auch diese nach dem Kriterium der Krankheitseinsicht ungenügende Remission zur definitiven Heilung — im Sinne des anatomischen Processes — führen, wie in einem mir seit 13 Jahren bekannten Falle, dessen fehlende Krankheitseinsicht sich in den ersten Jahren durch wiederholte bis an die höchsten Instanzen getriebene Beschwerden über unsere Klinik geäussert hat. Die guten Remissionen haben nicht nur das Kriterium der Krankheitseinsicht, sondern zeigen auch zuweilen ein fast vollständiges Schwinden der Defectsymptome. Diese Form der Remission geht nicht so selten in vorläufige, d. h. über Jahr und Tag dauernde Heilung über.

Die paralytischen Anfälle haben, wie zuerst Lissauer[1]) mit aller Schärfe erkannt hat, unzweifelhaft die Bedeutung einer Steigerung des auch sonst vorliegenden Krankheitsprocesses zu acuten Schüben. Bei Erörterung des anatomischen Befundes komme ich darauf noch zurück, bemerke aber schon hier, dass die vorliegenden monographischen Behandlungen der progressiven Paralyse gerade in diesem einen Punkte vollständig unzulänglich sind und bedenkliche Rückfälle in veraltete Anschauungen aufweisen. Ich beschränke mich auf die nothwendigsten klinischen Daten. Die paralytischen Anfälle sind bald einfache Ohnmachten oder selbst bloss

1) Siehe später S. 494.

Schwindelanwandlungen, zuweilen auch länger dauernde synkopale Zustände, bald apoplektiforme, bald epileptiforme Anfälle. Im Beginn der Krankheit werden am häufigsten die einfachen Ohnmachten oder Schwindelanwandlungen beobachtet, und diese haben fast immer eine zeitweilige Beeinträchtigung der Sprache und Faciolingualparese zur Folge. Nach Stunden oder Tage langer Dauer pflegen diese Erscheinungen vorüber zu gehen. Die Sprachstörung kann dem Grade nach sehr verschieden sein, aber auch kurze Zeit einer motorischen Aphasie gleichkommen. Die apoplektiformen Anfälle können dem apoplektischen Insult organischer Gehirnkrankheiten sehr ähnlich sein, sie hinterlassen meist eine Hemiplegie oder auch hemiplegische Symptome im weiteren Sinne, wie Hemiopie, sensorische oder motorische Aphasie, halbseitige Rumpflähmung, Tastlähmung einer Hand u. dergl. mehr, überwiegend trifft man auf das gewöhnliche Bild der frischen Hemiplegie. Die epileptiformen Anfälle sind zum Theil eigentlich epileptische Anfälle, die denen der epileptischen Neurose vollkommen gleichen, aber eine bemerkenswerthe Neigung zur Wiederkehr und Ausbildung eines Status epilepticus zeigen. Häufiger entspricht das Bild des Anfalles mehr oder auch durchweg dem der sogenannten Rindenepilepsie, indem zunächst und bei noch erhaltenem Bewusstsein ein bestimmtes Muskelgebiet, z. B. das Faciolingualgebiet, befallen wird und dann erst die Krämpfe sich mit der bekannten Gesetzmässigkeit weiter verbreiten. Auch diese Anfälle von Rindenepilepsie pflegen Herdsymptome zu hinterlassen, sehr bemerkenswerther Weise auch solche sensorischer Art, wie sensorische Aphasie oder Hemiopie, nicht selten auch eine Combination sensorischer Symptome bis zur Asymbolie. Diese Herdsymptome pflegen jedoch rasch, oft schon in wenigen Stunden zu schwinden. Sind einmal derartige Anfälle von Rindenepilepsie aufgetreten, so zeigen sie die Neigung, in der gleichen Form wiederzukehren. Das sich daran anschliessende Herdsymptom pflegt dann mehr und mehr zu dauern und schliesslich für immer zurück zu bleiben. Solche Fälle sind es hauptsächlich, aus denen Lissauer seine grundlegenden Anschauungen über die paralytischen Anfälle gewonnen hat. Dass ausnahmsweise auch Anfälle von bulbärem und spinalem Gepräge bei der progressiven Paralyse vorkommen können, hat zuerst Cl. Neisser[1]) in einer dankenswerthen Arbeit gezeigt. Die schwereren paralytischen Anfälle gehen mit nicht unerheblicher Temperatursteigerung einher.

1) Die paralytischen Anfälle. Stuttgart 1894.

Sehen wir hier zunächst von den Herdsymptomen im Gefolge der paralytischen Anfälle ab, so hat doch jeder Anfall in klinischer Beziehung die Bedeutung einer nachweisbaren Zunahme der Demenz. Dem paralytischen Anfall, ganz besonders aber jeder Serie von paralytischen Anfällen folgt ganz gewöhnlich ein stuporöses Stadium, dessen Rückbildung zu einem erheblicheren Grade der Demenz, als vorher bestand, ganz allmählich zu verfolgen ist. Was die Häufigkeit der paralytischen Anfälle betrifft, so werden Andeutungen davon kaum in einem einzigen Falle vollständig fehlen. Zu ausgeprägten Anfällen mag es etwa in der Hälfte aller Fälle kommen, dauernd zurückbleibende ausgeprägte Herdsymptome beobachtet man nur in einem Bruchtheil der Fälle. Seit allgemeiner Einführung der Bettbehandlung sind die paralytischen Anfälle auf unserer Klinik verhältnissmässig selten geworden. Ausnahmsweise trifft man auf Fälle, bei denen apoplektiforme oder epileptiforme Anfälle mit darauf folgenden Herdsymptomen so im Vordergrunde des klinischen Bildes stehen, dass sie nach klinischen Kriterien den organischen Gehirnkrankheiten zugerechnet werden müssen. Solche atypische Fälle von Paralyse hat ebenfalls Lissauer näher studirt und ihren anatomischen Befund festgestellt.

Auf den Verlauf der paralytischen Psychosen ist die klinische Form, unter der sie auftreten, nicht ohne Einfluss, wie ich wiederholt angedeutet habe. Im Uebrigen ist die Dauer der Einzelfälle bis zum letalen Ausgang sehr verschieden und kann zwischen wenigen Wochen — galoppirende Formen — und mehr als zehn Jahren schwanken. Im Durchschnitt grosser Zahlen ergiebt sich ein Zeitraum von etwa $^5/_4$ Jahren, vom Eintritt in die Anstaltsbehandlung ab gerechnet.

Meine Herren! Die Diagnose der progressiven Paralyse ist für die Mehrzahl der Fälle leicht zu stellen, da die Combination einer ausgeprägten Psychose mit den oben geschilderten Symptomen von Seiten des Projectionssystems ungemein charakteristisch ist, besonders wenn letztere in einer gewissen Vollständigkeit vorhanden sind und wenn gleichzeitig die Demenz schon ausgesprochen ist. Werden die corticalen oder spinalen Symptome nur vereinzelt angetroffen, so werden folgende Erwägungen am Platze sein. Es ist immer an den Zufall zu denken, dass eine Rückenmarkskrankheit mit einer Psychose nur zusammen trifft, also beispielsweise Jemand mit Tabes oder spastischer Spinalparalyse oder einem chronischen myelitischen Herde an einer acuten Psychose erkrankt, ohne dass ein innerer Zusammenhang zwischen diesen beiden Krankheiten besteht.

Bei einem solchen zufälligen Zusammentreffen, welches freilich nach meiner Erfahrung äusserst selten ist, wird dann die Anamnese ergeben, dass eine selbstständige Rückenmarkserkrankung lange vorher bestanden hat. Viel häufiger tritt wirklich zu einem ausgesprochenen Rückenmarksleiden eine eigentlich paralytische Psychose hinzu, und mit Vorliebe entwickelt sich daraus die einfache paralytische Demenz. Diese Fälle hat man wohl als aufsteigende Form der Paralyse unterschieden oder mit dem Namen Taboparalyse belegt. Meynert schrieb ihnen einen besonders rapiden Verlauf zu, wobei ihm offenbar nur die Fälle eigentlicher paralytischer Psychosen, nicht die der einfachen paralytischen Demenz vorgeschwebt haben. Liegen anamnestische Anhaltspunkte für eine länger bestehende Rückenmarkskrankheit nicht vor, so wird durch den Nachweis von sogenannten Hinterstrangs- oder Seitenstrangssymptomen oder noch sicherer von einer Combination beider Symptomenreihen und des bei Strangerkrankungen des Rückenmarks durch den paralytischen Process fast immer vorhandenen Symptoms der reflectorischen Pupillenstarre die Diagnose einer paralytischen Psychose gesichert. Die blosse Differenz der Pupillen bei vorhandener Lichtreaction hat lange nicht den ihr zugeschriebenen diagnostischen Werth. Zu beachten ist, dass gewisse Symptome der Tabes wie z. B. eine Gangstörung oder das Romberg'sche Symptom durch das gesteigerte Kraftgefühl einer paralytischen Manie vollkommen verdeckt werden können. Dass eine Psychose mit corticalen Symptomen durch Zufall zusammen treffen könnte, ist ebenfalls zu bedenken. In dieser Beziehung ist besonders die Kenntniss des Umstandes wichtig, dass jede früher überstandene, wenn auch sonst ausgeglichene motorische Aphasie ein ausgeprägtes Sylbenstolpern auf die Dauer zurücklassen kann. Dass gewisse paralytische Psychosen schon durch die Besonderheit ihrer klinischen Form zur Diagnose berechtigen, ist oben wiederholt betont worden.

Die Hauptschwierigkeit in der Diagnose besteht jedoch nicht gegenüber den Psychosen von anderer Aetiologie, sondern gegenüber den organischen Gehirnkrankheiten. Besonders schwierig stellt sich hier der schon erwähnte Fall der atypischen, von Lissauer als „abnorm localisirt“ bezeichneten Paralysen. Diese sind zu einem Theil von Herden organischer Gehirnkrankheit gar nicht zu diagnosticiren, besonders wenn man ihre grosse Seltenheit gegen das verhältnissmässig häufige Vorkommen corticaler Epilepsie bei Tumoren des Hirnmantels abwägt. Sieht man von diesen Fällen ab, so ist die Differenzialdiagnose gegen Lues cerebri und zwar ebenso

wohl das Gumma, als die luetische Endarteriitis, als die häufige Combination beider Vorgänge die Hauptaufgabe. Das Hauptkriterium ist hier die bei Lues cerebri erhalten bleibende Krankheitseinsicht. Schon jede Unterschätzung der etwa vorhandenen Herdsymptome in ihrer Bedeutung ist für Paralyse verdächtig. Die Sprachstörung ist aus dem oben angegebenen Grunde lange nicht so verwerthbar, eher schon die durch Mischung eines unregelmässigen Zitterns mit Paragraphie häufig ungemein charakteristische Schreibstörung. Haben sich Herdsymptome ohne vorangegangenen apoplektiformen oder epileptiformen Anfall langsam entwickelt, so spricht dies für Hirnlues und gegen Paralyse. Es liegt in der Natur der Dinge, dass aus dem klinischen Bilde der Hirnlues später das der Paralyse hervorgehen kann, dem entsprechen auch klinisch ziemlich häufige Uebergänge zwischen beiden Krankheiten. Ein lehrreiches Beispiel davon finden Sie in meinen Krankenvorstellungen.[1]) Sie verstehen ohne Weiteres, dass es sich hierbei um eine Frage von grösster Wichtigkeit handelt, da wir in der Paralyse eine Krankheit vor uns haben, die durch specifische Behandlung nicht mehr zu beeinflussen ist, während die Hirnlues die energischste antisyphilitische Behandlung erfordert, dann aber auch heilbar ist.

Eine selbstständige Bedeutung muss die Diagnose des paralytischen Anfalles beanspruchen. Meine Herren! So oft Sie zu einem sogen. Schlaganfall gerufen werden, muss Ihr erster Gedanke der sein, dass Sie es möglicher Weise mit einem paralytischen Anfall zu thun haben. Erfahren Sie, dass der Anfall nicht einfach apoplektisch aufgetreten ist, sondern unter Temperatursteigerung und epileptiformen Erscheinungen, so gewinnt die Vermuthung der Paralyse an Wahrscheinlichkeit. Immer wird erst eine sorgfältige Anamnese darüber Aufschluss geben können, ob dem Anfall etwa die bekannten Prodrome der Paralyse vorausgegangen sind, oder etwa schon ein Schwindelanfall mit vorübergehender Sprachstörung vorher stattgefunden hat, oder Zeichen geistiger Störung bemerkt worden sind. Erfahren Sie von einer schon früher auffälligen Demenz, die von einem bestimmten Zeitabschnitt datirt wird, und haben Sie es mit dem Prädilectionsalter der Paralyse, zwischen 35 und 45 Jahren, zu thun, so ist die Wahrscheinlichkeit sehr gross. Meist wird auch das Verhalten der Pupillen diagnostisch verwerthet werden können, da Pupillenstarre das häufigste spinale Symptom der Paralyse bildet.[2]) Die übrigen spinalen Symptome dürften selten verwerthbar sein, da

1) Vgl. diese, Fall 30 Heft 3.
2) Vgl. Gaupp l. c.

der apoplektische Insult an sich eine Schlaffheit oder, allerdings seltener, eine mehr oder weniger ausgeprägte Starre der Glieder herbeiführen kann. Jedoch ist zu bemerken, dass gerade die Hemiplegie des paralytischen Anfalls dadurch ausgezeichnet ist, dass sie schon sehr zeitig, d. h. schon nach ein bis zwei Tagen, mit einer Herabsetzung der passiven Beweglichkeit einhergehen kann. Dieser Zeitpunkt richtet sich nach der Wiederkehr der spontanen Bewegung, welche gerade nach dem paralytischen Anfall immer sehr bald zu erwarten ist. Im Uebrigen hat die Hemiplegie des paralytischen Anfalls keine Besonderheiten, höchstens wäre noch hervorzuheben, dass beim paralytischen Anfall eine conjugirte Ablenkung der Augen, zuweilen auch des Kopfes nach der entgegengesetzten Seite viel häufiger ist, als bei den Anfällen der sogenannten organischen Gehirnkrankheiten. Die Hemiplegie des paralytischen Anfalls ist zumeist von ganz kurzer Dauer, zuweilen nur von Stunden langer, öfter von der Dauer einiger Tage. Sie pflegt sich meist vollkommen zurückzubilden, ebenso eine etwa vorhandene motorische Aphasie oder andere Herdsymptome. Sie begreifen daher die grosse Wichtigkeit, welche eine richtige Diagnose für die Prognose der nächsten Zukunft hat. Freilich gestaltet sich die Prognose der ferneren Zukunft dafür beim paralytischen Anfall um so trüber. Kommen Sie statt zu einem apoplektischen zu einem epileptischen Anfall oder einem Status epilepticus, so ist die Diagnose gegen genuine oder symptomatische Epilepsie oder sogenannte Eklampsie zu stellen, wofür jedenfalls die Anamnese und gegebenen Falles eine Urinuntersuchung Anhaltspunkte liefert. Blutentziehungen sind beim paralytischen Anfall absolut contraindicirt.

Meine Herren! Auch hinsichtlich der Behandlung der Paralyse fallen dem praktischen Arzt ganz bestimmte Aufgaben zu. Ich muss mich darauf beschränken, sie gerade nur anzudeuten. Sie liegen vor Allem auf dem Gebiete der Prophylaxe. Ist Ihnen bekannt, dass Ihr Patient früher Lues überstanden hat, und finden sich die oben erwähnten Prodromalsymptome oder sonstige Erscheinungen sogenannter cerebraler Neurasthenie ein, liegt etwa gar ausserdem noch eine ausgesprochene Disposition zu Erkrankungen des Nervensystems oder zu Psychosen vor, so werden Sie die einschneidendsten Maassregeln nicht scheuen dürfen, um der drohenden Gefahr zu begegnen. Eine antisyphilitische Behandlung jedoch ist nur dann indicirt, wenn bestehende Lues, sei es des Gehirns, sei es anderer Organe, nachgewiesen werden kann, und auch dann ist die Behandlung mit grösster Vorsicht so zu leiten, dass jede Schwächung der

Constitution, besonders aber eine Abnahme des Körpergewichts dabei vermieden wird. Es muss deshalb erste Bedingung für die Einleitung einer solchen Behandlung sein, dass der Kranke seine Berufsthätigkeit unterbricht und sich bald in die Rolle des Kranken findet. Eine Schmiercur, so nebenher applicirt, während der Kranke seiner Berufsthätigkeit nachgeht, wirkt oft geradezu deletär. Am zweckmässigsten wird jede eingreifende Behandlung mit dauernder Bettlage und Ueberernährung verbunden. Sind keinerlei Spuren florider Lues vorhanden, so ist auch eine antisyphilitische Behandlung contraindicirt. Jedoch scheint Jodkalium in kleinen Dosen (von $^1/_2$ bis zu 1 g p. die), längere Zeit angewandt, günstig zu wirken. Hauptsache ist jedoch die Hebung der Ernährung und Abstellung derjenigen Schädlichkeiten, welche wir oben als nächste Ursachen der paralytischen Psychosen kennen gelernt haben. Bringt die Berufsthätigkeit solche Schädlichkeiten mit sich, so soll man Unterbrechungen derselben von einem halben bis zu einem ganzen Jahr nicht scheuen, und wo diese wirkungslos bleiben, auch vor der gänzlichen Aufgabe derselben nicht zurückschrecken. Eine Untersuchung auf spinale oder corticale Symptome der Paralyse wird hier meist die Kriterien an die Hand geben, welche Sie zu so eingreifenden Maassregeln bestimmen müssen.

Ist das Stadium des Zweifels vorüber, und liegt declarirte Paralyse vor, so ist es Ihre Aufgabe, so zeitig als möglich die Entmündigung herbeizuführen, da die Verzögerung dieser Maassregel nur zu häufig den materiellen und socialen Ruin der ganzen Familie zur Folge hat. Sind Sie irgend im Zweifel, ob und wann die Unterbringung des Kranken in eine Irrenanstalt nothwendig ist, so gehen Sie immer am sichersten, wenn Sie im positiven Sinne entscheiden. Der Fachmann wird freilich in vielen Fällen den Zeitpunkt der Internirung noch lange hinausschieben können.

Der anatomische Befund der progressiven Paralyse lässt sich am besten überblicken, wenn wir ihn in einen makroskopischen und mikroskopischen eintheilen. Der makroskopische Befund ist nur nach längerem Verlauf der Krankheit ausgeprägt, da er gewissermaassen nur das Endergebniss des floriden anatomischen Processes darstellt, etwa wie die Cyrrhose den Ausgang einer Lebererkrankung bildet. Dieser Ausgang ist die Atrophie des Grosshirnmantels, welche sich am ausgeprägtesten in dem Gewichtsverlust documentirt. Dieser Gewichtsverlust ist nicht gleichmässig über alle Theile des Hirnmantels verbreitet, sondern macht sich im Durchschnitt der Fälle am meisten am Stirnlappen geltend, wobei aller-

dings zu beachten ist, dass der Stirnlappen im Meynert'schen Sinne verstanden wird, also die vordere Centralwindung noch mit in sich begreift. In diesem Durchschnitt findet sich jedoch die Thatsache verdeckt, dass vereinzelt Fälle von vorzugsweiser Betheiligung eines Schläfe-, Scheitel- oder Hinterhauptslappens, oder dieser drei Lappen, oder doppelseitiger vorwiegender Erkrankung der gleichen Localisation vorkommen, wie die „abnorm localisirten" atypischen Fälle Lissauer's beweisen. Folgende Zahlen entnehme ich der Tabelle Meynert's, welche an Sorgfalt der Wägungen und Zahl der Fälle von keinem neueren Autor übertroffen worden ist. In einem erheblichen Bruchtheil der Fälle nimmt auch der Hirnstamm am Gewichtsverlust Theil. Am wenigsten scheint immer das kleine Gehirn in Mitleidenschaft gezogen zu werden, so dass man an ihm einen Maassstab für den Werth der übrigen Zahlen besitzt.

Betrachten wir als annähernd normales Gehirngewicht das der Maniaci, so hatten diese im Durchschnitt von

	ein Gesammtgewicht	des Hirnmantels	des Hirnstammes	des Kleinhirns
39 männl. Fällen	v. 1376 g	v. 1082 g	v. 148 g	v. 146 g
53 weibl. „	„ 1221 „	„ 957 „	„ 131 „	„ 133 „

Die Paralytiker dagegen zeigen im Durchschnitt von

	ein Gesammtgewicht	des Hirnmantels	des Hirnstammes	des Kleinhirns
145 männl. Fällen	v. 1215 g	v. 933 g	v. 135 g	v. 146 g
29 weibl. „	„ 1068 „	„ 819 „	„ 119 „	„ 130 „

Der Hirnmantel zeigte folgendes Verhältniss zu seinen Theilen bei den Maniacis:

	Gesammtgew.	d. Stirnlappens	d. Scheitellappens	d. Hinterhauptschläfelappens
b. d. Männern	1376 g	450 gr.	251 gr.	380 gr.
„ „ Weibern	1221 „	404 „	213 „	339 „

bei den Paralytikern dagegen

	Gesammtgew.	d. Stirnlappens	d. Scheitellappens	d. Hinterhauptschläfelappens
b. d. Männern	1215 g	380 g	216 g	337 g
„ „ Weibern	1068 „	323 „	202 „	294 „

Ausser dem Gewichtsverlust findet die Atrophie in sichtlichen Veränderungen der Hirnoberfläche und der Hirnventrikel ihren Ausdruck. An der Hirnoberfläche zeigt sich ein mehr oder weniger verbreiteter, hinsichtlich der Localisation sehr unregelmässig vertheilter Verlust an Rindensubstanz. Nicht selten der ganze Hirnmantel, andere Male grosse Strecken davon zeigen eine Reduction der grauen Rindensubstanz bis auf die Hälfte oder ein Drittel der normalen Breite, ja man findet zuweilen vereinzelte Stellen, an denen die Rindensubstanz vollkommen fehlt. Die Markleisten der Windungen und das gemeinschaftliche Marklager zeigen sich ebenfalls beträchtlich verschmälert. Diesem Schwunde der Hirnmantelsubstanz

entspricht meist eine Vermehrung der freien Schädelflüssigkeit, ein Hydrocephalus externus.

Das Verhalten der Pia mater zeigt zwei Gegensätze. Bei Weitem überwiegend begegnet man dem Befunde, dass die Pia verhältnissmässig zart, wenn auch vielfach getrübt ist, letzteres wieder besonders über dem Stirnlappen, und dabei der Hirnoberfläche so fest anhaftet, dass sie mit ihr verwachsen erscheint. Versucht man trotzdem die Pia abzulösen, so bleiben Fetzen von Hirnsubstanz an ihr haften, oft in grosser Ausdehnung, oft auch nur an den Windungskuppen, und es bleibt eine geschwürig aussehende Rindenoberfläche zurück, welche sich bald unter dem Zutritt der Luft auch röthlich färbt. Dies ist die sogenannte Decortication, welche früher als Beweis einer verbreiteten Entzündung der Hirnoberfläche, „Periencephalitis" — „Meningoencephalitis" —, aufgefasst worden ist. Davon ist man jetzt wohl allgemein zurückgekommen, da die mikroskopische Untersuchung eine solche Deutung nicht bestätigt. Nach den Erfahrungen unserer Klinik handelt es sich fast immer um eine Macerationserscheinung, die eine gewisse Zeit zu ihrer Ausbildung erfordert. Hat man Gelegenheit, die Section bald oder nur wenige Stunden nach dem Tode zu machen, so gelingt es bei einiger Vorsicht fast immer, die Decortication zu vermeiden. Nur ein kleiner Bruchtheil der Fälle macht eine Ausnahme, und bei diesen ergiebt dann auch die Untersuchung an Schnittpräparaten eine wirkliche Verwachsung der Pia mit der Hirnoberfläche. Bekanntlich trifft man ja auch auf die gleiche Erscheinung der Decortication bei anderen für die Maceration günstigen Bedingungen, so besonders, wenn durch einen Hydrocephalus internus bei Meningitis oder Hirntumor die Rindensubstanz gegen die straff gespannte und durchscheinende Pia gepresst ist und die Windungen nach aussen und gegen einander abgeplattet sind. Im Gegensatz zu diesen überwiegend häufigen Fällen von Decortication trifft man nicht selten auch auf das entgegengesetzte Verhalten einer stark verdickten und reichlich mit Flüssigkeit durchtränkten, gewöhnlich auch schwer zerreisslichen Pia. In diesen Fällen pflegt die Pia sehr leicht und ohne jeden Substanzverlust von der Hirnoberfläche abziehbar zu sein.

Das Niveau der Windungen kann je nach dem Grade der Atrophie durch reichliche Einsenkungen und Fältelungen differenzirt, die Consistenz anscheinend vermehrt sein. In allen alten Fällen findet man auch eine Erweiterung der Ventrikel und Hydrocephalus internus als Zeichen allgemeiner Atrophie. Die Ventrikelwände sind sehr häufig abnorm fest und zeigen den Befund der sogenannten

Ependymitis granulosa, die namentlich an bestimmten Prädilectionsstellen anzutreffen ist und sich bis in den vierten Ventrikel erstrecken kann. Ich betone bald hier, dass trotz dieses Befundes an der Ventrikeloberfläche der Hydrocephalus immer nur als Folgeerscheinung diffuser Atrophie, bestimmt, ein Vacuum auszufüllen, aufzufassen ist. Solche Folgeerscheinungen finden wir nun ausserdem auch am Schädeldach und an der Dura mater. Am Schädeldach begegnet man häufig einer diffusen Verdickung ohne sonstige Abweichungen der Structur. Zuweilen jedoch zeigt sich auch mehr oder weniger verbreitet ein Schwund der Diploë und eine Art von Eburnisation. Dieser Befund dürfte selbstständig als syphilitische Knochenerkrankung zu deuten sein. An der Dura mater finden sich, meist als zufälliger Befund und während des Lebens undiagnosticirbar, häufig die Veränderungen der sogenannten Pachymeningitis haemorrhagica. Diese bestehen zum Theil nur in vereinzelten Blutflecken und organisirten Resten davon, zum Theil findet man grössere Blutungen frischen Datums neben vielfachen membranösen Bildungen, die als Residuen früherer hämorrhagischer Schübe zurückgeblieben sind. Nur selten erstrecken sich die Blutungen in grösserer Mächtigkeit bis auf die Schädelbasis, meist ist überwiegend die Convexität befallen, und eine Hirnhälfte kann durch einen derartigen Blutsack abgeplattet erscheinen. Trotzdem ist es am wahrscheinlichsten, dass die Atrophie der Hirnsubstanz und das dadurch gesetzte Vacuum den ersten Anlass zu diesen Blutungen geben. Was die Symptome der hämorrhagischen Pachymeningitis anbelangt, so habe ich schon bemerkt, dass ich selbst anatomisch sehr ausgeprägte Fälle in den Spätstadien der Paralyse meist für undiagnosticirbar halte. Nur in dem einen Falle einseitiger Stauungspapille, der mehrfach beobachtet worden ist, wenn die Blutung sich bis in die Scheide eines Nervus opticus erstreckte (Fürstner), wird die Diagnose zuweilen möglich sein.

In manchen Fällen, besonders von der oben erwähnten atypischen Form der Paralyse, ergiebt sich ausser dem geschilderten noch der grob anatomische Befund einer merklichen Atrophie des Sehhügels auf einer oder auf beiden Seiten. Das weisse Stratum zonale des Sehhügels kann dabei in grossen Strecken grau erscheinen und die Configuration so verändert, dass beispielsweise das Pulvinar leistenartig zugeschärft hervorspringt, auch die Consistenz kann ins Schwammige verändert sein. Aus Befunden dieser Art ist die Anregung zu den Arbeiten Lissauer's hervorgegangen.

Alle vorgenannten Veränderungen lassen sich ungezwungen als Folgeerscheinungen des eigentlich zu Grunde liegenden destructiven

Processes auffassen, den uns der mikroskopische Befund enthüllt, während man früher, befangen durch die Virchow'sche Lehre von der Entzündung, immer an primäre Entzündungsvorgänge an dem die Gefässe begleitenden Stützgewebe und an der Neuroglia geglaubt hat. Eine richtige Erkenntniss des wirklichen Vorganges haben wir erst der Exner'schen[1]) Entdeckung von dem Markreichthum der Grosshirnrinde und den darauf basirenden Arbeiten von Tuczek[2]) zu verdanken. Die Vervollkommnung der Weigert'schen Methode der Markscheidenfärbung und die Arbeiten von Lissauer[3]) haben dann die wichtigsten Fortschritte in unseren Kenntnissen geliefert.

Im Folgenden beschränke ich mich darauf, nur gewissermaassen die Quintessenz und das principiell Wichtigste von dem mikroskopischen Befunde anzuführen, und betone, dass ich dabei eine gewisse Kenntniss der modernen Neuronlehre und ihrer Anwendung auf die Erkrankung ihrer peripherischen und spinalen Abschnitte durch degenerative Neuritis voraussetze. Ein primärer Zerfall, eine Nekrose der nervösen Gebilde, analog der degenerativen Neuritis im peripherischen Nervensystem, ist von Anfang an und für die Dauer der wesentliche, alle Krankheitssymptome der Paralyse bedingende Vorgang. Die früher als Zeichen primärer Entzündung aufgefassten Veränderungen an dem Stützgewebe der Gefässe und an den Fasern wie Zellen der Glia sind secundäre oder reactiv auf die primäre Nekrose der Nervengebilde erfolgende Veränderungen, sie stellen also Folgen und Ausgänge der Krankheit, quasi eine Narbenbildung als Ersatz für gesundes Gewebe, nicht die eigentliche Krankheit dar. Die Krankheit verläuft im Allgemeinen progressiv und perniciös, so dass ich sie früher[4]) mit der progressiven Muskelatrophie in Parallele gestellt habe. Dies erklären wir durch das Vorhandensein eines sich immer wieder neu erzeugenden Giftes,

---

1) Sitzungsber. der Kaiserl. Akad. d. Wiss. in Wien 73. Bd. 3. Abth.

2) Vgl. besonders: Beiträge zur pathol. Anatomie und zur Pathologie der Dementia paralytica, Berlin 1884.

3) Publicirt sind nur: Sehhügelveränderungen bei progressiver Paralyse. Dtsch. Med. Wochenschr. 1890 Nr. 26 und ein Autoreferat eines Vortrages vom 2. März 1891: Klinisches und Anatomisches über die Herdsymptome bei Paralyse. Allgem. Ztschr. f. Psych. 48. Bd. S. 397. Die Vorarbeiten zu einer umfassenden Publication sind z. Th. in dem hinterlassenen Entwurf zu einer Habilitationsschrift enthalten. Eine Ueberarbeitung dieses vielfach nur den Eingeweihtesten verständlichen Manuscriptes soll eine der nächsten Aufgaben für die Arbeiten aus meiner Klinik bilden. Es wird daraus hervorgehen, wie weit Lissauer allen Mitarbeitern an eindringender Kenntniss des paralytischen Processes voraus war.

4) Lehrbuch der Gehirnkrankheiten S. 539.

welches die specifische Wirkung hat, einen Zerfall der Nervenelemente des Centralnervensystems und zwar überwiegend im Hirnmantel herbeizuführen. Der nekrotische Zerfall ist am ersten nachweisbar an den Nervenfasern, aber nur weil diese in ihrer Ernährung von den Ganglienzellen abhängig sind, die als die Hauptangriffspunkte der Giftwirkung gelten müssen. Dem entspricht, dass es zuerst gelungen ist, den Zerfall der Nervenfasern nachzuweisen, und zwar wissen wir seit Tuczek, dass gewöhnlich zuerst in der oberflächsten, der von Meynert als ersten, rein grauen bezeichneten Rindenschicht die Fasern zu Grunde gehen. Späterhin wird das Netzwerk feiner Fasern in der supraradiären und intraradiären Schicht und schliesslich werden die Radien selbst betroffen. Die Zellen schienen zunächst gar nicht verändert. In späteren Stadien musste man dagegen auf einen erheblichen Zellschwund aus dem Umstande schliessen,[1]) dass die Rinde in allen ihren Bestandtheilen, also auch den Zellschichten, gleichmässig verschmälert war. Ausserdem habe ich schon immer Rindenstellen gefunden, an denen die Zahl der Ganglienzellen sichtlich verringert und das mikroskopische Bild der Rinde derart verändert war, dass an Stelle der normalen, regelmässigen und zierlichen Zeichnung ein ungeordnetes Durcheinander von Fasern, Zellen und Bestandtheilen der Glia zu finden war. Jetzt weiss man durch die Arbeiten Nissl's und seiner Nachfolger,[2]) dass auch die Ganglienzellen der Rinde in jedem Falle von Paralyse schwere Veränderungen erleiden. Jedoch das Verdienst, den Zellenschwund ganzer Schichten der Hirnrinde zuerst festgestellt zu haben, gebührt unzweifelhaft Lissauer. Diesem Forscher gelang es in Fällen von atypischer, „abnorm localisirter" Paralyse eine schichtenweise Degeneration derjenigen Rindenregionen im Scheitel- und Occipitallappen, welche als Ausgangspunkt der Herdsymptome zu betrachten waren, nachzuweisen. Der Zellenschwund in diesen Fällen erstreckte sich nicht continuirlich über die Rinde, sondern trat in unregelmässig vertheilten Flecken auf und betraf vorwiegend die Schicht der dicht angeordneten, kleinen, und der reihenförmig gestellten, nach einwärts an Grösse zunehmender Pyramiden, also die zweite und dritte Schicht Mey-

1) Vgl. Lehrbuch der Gehirnkrankheiten S. 539.

2) Die Methylenblaufärbung Nissl's ist in ihrer Bedeutung für die Pathologie der Ganglienzellen der Weigert'schen Markscheidenfärbung gleichzustellen. Angaben über die Methode findet der Leser im Arch. f. Psych. 26. Bd. S. 609. Ueber die Art der Zellenerkrankung bei Paralyse äussert sich Nissl im Arch. f. Psych. 28. Bd. S, 987. Vgl. ferner Cramer dess. Arch. 29. Bd. S. 1 und Alzheimer, S. 1019, ferner Alzheimer, Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 2. Bd. S. 83.

nert's. Schon makroskopisch war er am gehärteten Gehirn als ein der Rinde parallel verlaufender hellerer Streifen mitten in der durch Chromlösung dunkel gefärbten grauen Rindensubstanz kenntlich. Diese Fälle waren es auch, welche Lissauer den Nachweis ermöglichten, dass von diesen Stellen aus eine secundäre Degeneration der Markfasern durch das sonst intacte Marklager nach anderen Stellen und besonders auch nach abwärts in Stabkranz und innere Kapsel zu verfolgen war, und dass überhaupt die Veränderungen des Markes bei der Paralyse durchweg auf secundärer Degeneration beruhen. Klinisch waren die atypischen Fälle Lissauer's dadurch ausgezeichnet, dass überwiegend nur die Herdsymptome des Scheitel- und Occipitallappens, nämlich Tastlähmung und Hemiopie vorhanden waren, und dass diese sich im Anschluss an paralytische Anfälle in der oben gekennzeichneten Weise entwickelt hatten. „Die paralytischen Anfälle erscheinen danach als ein plötzliches heftiges Anschwellen des paralytischen Processes in bestimmten Rindenterritorien.“ Dass die Veränderungen des Markes grossentheils als systematische aufzufassen seien, hatte schon Tuczek hervorgehoben und besonders auch betont, dass die von ihm in sechs Fällen nachgewiesene Degeneration der dicht unter der Rinde liegenden kürzesten Associationsbündel, der Fibrae propriae Meynert's, immer solche Stellen betraf, an denen zugleich die Markdegeneration der Rinde ausgesprochen war.

In den Fällen Lissauer's zeigte sich auch die Substanz des Sehhügels erkrankt, ein Nachweis jener secundären Degeneration an subcorticalen Ganglien, auf welche v. Monakow mit Recht so grosses Gewicht legt. Auch diese Degeneration führt zu einem Verschwinden von Fasern und Zellen nervöser Art, so dass nur ein grobmaschiges, schwammiges Gewebe zurückbleibt, innerhalb dessen die regelmässige zierliche Zeichnung der Sehhügelsubstanz vollkommen fehlt. Je nach der Art der Herdsymptome zeigten sich verschiedene Regionen des Sehhügels in dieser Weise verändert, eine Bestätigung der Monakow'schen Lehre von den Sehhügelkernen. Nicht von der secundären Degeneration betroffen zeigten sich in den erwähnten Fällen das vordere Gebiet des Sehhügels und der äussere Kniehöcker, während der innere Kniehöcker sich wie die anderen Kerne des Sehhügels verhielt und bei sensorischer Aphasie durch paralytische Erkrankung des Schläfelappens secundär degenerirte.

Aus den Befunden von Lissauer geht hervor, dass der paralytische Process eine sehr verschiedene Intensität und Verbreitung haben kann, dass er sich ferner an bestimmten Stellen zu wirklicher paraly-

tischer Herderkrankung der Rinde steigern kann, und dass diese Steigerung klinisch in der Form der paralytischen Anfälle zu Tage tritt. Die Markerkrankung zeigt durchweg den Charakter der secundären Degeneration.[1]) Damit sind gewisse fundamentale Erfahrungen gewonnen worden, die den Arbeiten Tuczek's an Wichtigkeit nicht nachstehen.

Was die Localisation des paralytischen Processes betrifft, so ist noch Folgendes zu bemerken. Tuczek hatte in allen seinen Fällen den Stirnlappen am meisten erkrankt gefunden und war zu der Auffassung gelangt, dass der Faserschwund im Allgemeinen von vorn nach hinten fortschreite und über das Gebiet der Centralwindungen nicht hinausgehe. Dem gegenüber hatte aber schon Zacher[2]) gefunden, dass auch der Scheitel-, Occipital- und Schläfelappen und zwar zuweilen stärker als der Stirnlappen erkrankt waren, und auch die Angabe Tuczek's, dass der Faserschwund immer in den Tangentialfasern der äussersten Rindenschicht beginne und dann erst die tieferen Schichten ergreife, keine allgemeine Gültigkeit hat. Die Befunde Lissauer's sprechen ebenfalls dafür, dass der paralytische Process eine ganz unregelmässige, fleckweise Vertheilung hat und durchaus nicht ausschliesslich in der äussersten Rindenschicht beginnt. Fast allen Fällen gemeinsam ist jedoch ein merklicher Faserschwund an der Insel, der Broca'schen Windung und den unteren Gebieten der Centralwindungen, so wie auch klinisch die Sprachstörung und eine Parese des Faciolingualgebietes fast allen Fällen zukommt. Eine so überwiegend herdförmige Localisation wie bei den oben erwähnten atypischen Fällen ist dagegen sehr selten.

Im Uebrigen ist noch zu bemerken, dass der paralytische Process nicht auf den Hirnmantel beschränkt ist, sondern ausser dem Sehhügel auch andere subcorticale Regionen befallen kann. So ist von A. Meyer[3]) ein Schwund von Markfasern in der Kleinhirnrinde nachgewiesen, von H. Schütz[4]) das Mark des centralen Höhlengrau und der motorischen Hirnnervenkerne ergriffen gefunden worden. Die Verschiedenartigkeit der paralytischen Anfälle hängt vielleicht damit zusammen.

---

1) Eine glänzende Bestätigung findet dieser Satz Lissauer's in der Arbeit von Stralinger, Monatsschrift f. Psych. u. Neurol. 7. Bd. S. 1, welche während der Correctur dieser Zeilen erschienen ist.

2) Ueber das Verhalten der markhaltigen Nervenfasern in der Hirnrinde bei der progressiven Paralyse. Arch. f. Psych. 18. Bd. S. 60 u. 348.

3) Arch. f. Psych. 21. Bd. S. 197.

4) ibidem 22. Bd. S. 527.

Seitdem Weigert[1]) uns über die normale Vertheilung der Glia im Gehirn belehrt hat, sind wir in der Lage, auch die Wucherungen der Glia hinsichtlich ihrer Localität zu verwerthen. Unter Anderem findet sich der Befund Meyer's am Kleinhirn schon in der grossen Arbeit Weigert's[2]) bestätigt. Wucherungen der Glia stellen sich überall da ein, wo das nervöse Parenchym zu Grunde gegangen ist, ihr Ort zeigt deshalb einen localisirten Ausfall an Nervensubstanz an. Als ein bestimmtes Stadium in diesen Wucherungsvorgängen beobachten wir das massenhafte Vorkommen von zum Theil riesenhaften Astrocyten, und zwar entsprechen sie den frischeren, zeitlich dem Schwund der Nervensubstanz bald folgenden Stadien. Später verschwinden sie zum grossen Theil wieder, und es bleibt die faserige Gliawucherung auf die Dauer zurück. In gewissen Fällen scheint jedoch eine derartige Reaction von Seiten der Glia ganz auszubleiben, es bleibt dann stellenweise nur das weitmaschige Netz der normalen Gliafaserung in Form rareficirter Streifen oder Flecken zurück.

Zu den gleichen Ergebnissen hinsichtlich der primär parenchymatösen Art der Erkrankung ist neuerdings Binswanger in seiner sorgfältigen Monographie[3]) gelangt. Bei ihm finden wir auch über das Zustandekommen der entzündlichen Veränderungen und gegebenen Falles der Verklebungen der Pia mit der Hirnrinde befriedigenden Aufschluss. „Die Gewebszerstörung in der Rinde mit ihren Folgeerscheinungen führt zu stärkerer Ansammlung pathologisch veränderter Lymphflüssigkeit im extravasculären Saftbahnsystem. Ihr vornehmlichstes Abflussgebiet bilden die in der Gliahülle und an der Hirnoberfläche vorhandenen Sammelräume. Hier verändert die gestaute Lymphflüssigkeit absterbendes Gewebe im Sinne der Coagulations- und hyalinen Nekrose, ruft aber auch hyperplastische Vorgänge an der angrenzenden Pia und deren Gefässen hervor. Die Folgen dieser letzteren sind partielle Verwachsungen der Hirnoberfläche mit der Pia mater, Verödungen grosser Abschnitte des epicerebralen Raumes, Verlegungen der Einmündungsstellen der extra- und intravasculären Lymphräume.“ Es ist leicht ersichtlich, dass auf diese Weise die äussersten Rindenschichten leicht einem Macerationsprocess post mortem anheimfallen können. Im Uebrigen scheint mir jedoch Binswanger den Einfluss dieser Vorgänge

1) Vgl. Anm. zu S. 155.

2) l. c. S. 73 und 107.

3) Die pathologische Histologie der Grosshirnrindenerkrankung bei der allgemeinen progressiven Paralyse . . . Jena 1893, S. 169.

auf den Verlauf des Leidens zu überschätzen, und besonders irrt er sich in deren Anwendung auf die paralytischen Anfälle.

Meine Herren! Wenn Sie mich fragen, welches Schlussergebniss auf Grund dieser Rindenbefunde für die Theorie der Krankheit zu ziehen ist, so ist es kurz folgendes: Der paralytische Process bewirkt fast immer einen raschen Untergang nervöser Elemente der Hirnrinde in erheblicher, örtlich übrigens sehr wechselnden Verbreitung. Nach Meynert[1]) beträgt der Gewichtsverlust binnen Jahresfrist etwa 100 g. Dem entspricht im Krankheitsverlauf der die meisten Fälle von Anfang an begleitende Blödsinn. Dieser Blödsinn ist also von dem Umfang, nicht von der Localisation des paralytischen Processes abhängig, wie er auch klinisch als eine Summenerscheinung aufzufassen ist. Die Vorliebe, mit welcher die oben genannten Localitäten bald befallen werden, entspricht dagegen den häufigsten corticalen Symptomen von Seiten des Projectionssystems. Bei dieser Auffassung kann es uns nicht Wunder nehmen, dass von Zacher[2]) ein verbreiteter Faserschwund in der Hirnrinde auch bei senilem, alcoholistischem und epileptischem Blödsinn gefunden und seitdem mehrfach bestätigt worden ist. Auch hierbei deckt sich die klinische Ausfallserscheinung mit dem anatomischen Befunde.

Was die Veränderungen des Rückenmarkes betrifft, so beruhen sie sicher zum Theil auf secundärer Degeneration, so z. B. wenn erst in späten Stadien der Krankheit eine allgemeine Unbehülflichkeit mit Muskelrigidität und Steigerung der Sehnenreflexe auftritt. Andererseits beweisen schon die oben gemachten Angaben über das frühzeitige Vorkommen von spinalen Symptomen bei der Paralyse, dass die Strangerkrankungen des Rückenmarkes häufig eine selbstständige Bedeutung haben. Das Band, welches sie mit dem paralytischen Process am Gehirn verbindet, ist offenbar die gleiche Beschaffenheit des einwirkenden Giftes. Wissen wir doch auch von der Tabes dorsalis, dass sie ebenso wie die Paralyse eine Nachkrankheit der Syphilis ist. Dass das eine Mal nur das Rückenmark erkrankt, das andere Mal ausschliesslich oder überwiegend das Gehirn in Form der Paralyse, dass die Tabes bald als solche verharrt, bald nach vieljährigem Bestande noch zur Paralyse führen kann, muss von der jeweiligen Disposition der befallenen Individuen und besonderen functionellen Schädlichkeiten abhängig gedacht werden.

1) Klinische Vorlesungen S. 214.

2) l. c.

Achtunddreissigste Vorlesung.

Bemerkungen zur Aetiologie der acuten Psychosen. Aetiologische Gruppirung der Psychosen. Alcoholpsychosen. Eifersuchtswahn der Trinker. Alcoholischer Stupor. Pseudoparalyse. Cocainismus. Polyneuritische Psychosen durch Blei- und Arsenikvergiftung, bei Tuberculose und Syphilis. Hereditäre Psychosen. Epileptische Psychosen. Perseveration.

Meine Herren!

Die progressive Paralyse verdiente eine etwas eingehendere Besprechung. Im Uebrigen habe ich auf die Aetiologie der acuten Psychosen wiederholt Bezug genommen, eine zusammenfassende Darstellung und zugleich Ergänzung meiner früheren Bemerkungen darüber soll den Gegenstand meiner heutigen Vorlesung bilden.

Eine allgemeine Wahrnehmung drängt sich bald jedem Fachmann auf: Als nächste Ursache oder Veranlassung für den Ausbruch acuter Psychosen finden wir ungemein häufig irgend welche schwächende Momente angegeben, d. h. Einflüsse, welche den Ernährungszustand und das Allgemeinbefinden in kurzer Zeit erheblich herunterbringen. Ein Blutverlust oder die wiederholten Blutverluste durch Menstruatio nimia, die Gravidität, das Puerperium und die Lactation wirken meist auf diesem Wege krankheitsauslösend, ebenso aber eine unzeitgemässe oder übertriebene Entfettungs- oder vegetarische Cur, ein lang dauernder Magenkatarrh, fortgesetzter Kummer und Sorgen, indem sie Schlaf und Ernährung beeinträchtigen, endlich acute Krankheiten. In letzterer Beziehung ist namentlich die wieder endemisch gewordene Influenza hervorzuheben, da sie die Vorbedingung, eine rasche Reduction des Körpergewichts herbeizuführen, ganz besonders prompt erfüllt. Die monographischen Bearbeitungen

verschiedener acuter Krankheiten als Ursache der Psychosen werden Sie darüber belehren, dass es ganz verfehlt wäre, einen gesetzmässigen Zusammenhang zwischen der Art der Krankheit und der klinischen Form der darauf folgenden acuten Psychose vertreten zu wollen. Wenn Sie trotzdem beispielsweise von Erschöpfungspsychosen als einer besonderen klinischen Krankheitsgattung sprechen hören oder lesen, so ist dies nur wieder dasselbe Missverständniss, auf das ich schon wiederholt aufmerksam gemacht habe. Ja noch mehr, man kann mit einigem Recht behaupten, dass in dem soeben erörterten Sinne bei Weitem die meisten acuten Psychosen Erschöpfungspsychosen sind.

Freilich ist ein gewisser Grad der Inanition durch die vorher erwähnten oder andere Schädlichkeiten meist nur das auslösende Moment. Es bedarf gewöhnlich ausserdem noch einer schon vorhandenen Disposition, damit gerade eine Geisteskrankheit daraus erfolgt. Diese Disposition kann entweder angeboren oder erworben sein. Welche grosse Rolle die angeborene Disposition oder erbliche Belastung (Griesinger) bei den Geisteskranken ebenso wie bei den sogenannten functionellen Nervenkrankheiten spielt, ist Ihnen ja längst bekannt. Die ersichtliche Degeneration, welche man in manchen Familien deutlich verfolgen kann, beruht darauf. Ich will nur auf den einen Punkt aufmerksam machen, den ich immer noch nicht genug betont finde, dass eine ausgesprochene erbliche Disposition vorhanden sein kann, ohne dass es jemals zu einer acuten, noch zu einer chronischen Psychose kommt. Allerdings wird aber der Arzt in allen Fällen, wo sie vorhanden ist, möglichst darauf bedacht sein müssen, die vorhin erwähnten auslösenden Schädlichkeiten von seinen Patienten fernzuhalten. Für die Diagnose einer Geisteskrankheit ist aber die erbliche Belastung an sich nicht verwerthbar. Bei dieser Gelegenheit möchte ich nicht unterlassen anzuführen, dass ich auffallend häufig Phthisis der Ascendenten bei den acuten Psychosen angegeben finde. Dass die Prognose der auf dem Boden erblicher Belastung erwachsenen Geisteskrankheiten im Allgemeinen dadurch nicht schlimmer wird, sondern wie sonst von der klinischen Form der Psychose abhängt, ist eine genügend bekannte Thatsache.

Die erworbene Disposition zur Geisteskrankheit beruht meist auf Schädlichkeiten, die auch in organischen Veränderungen des Gehirns ihren Ausdruck finden. Dahin gehören der Hydrocephalus internus, auch wenn er im Uebrigen zur Abheilung gelangt ist, wie wir ja vielfach sehen, aber auch dann, wenn keine auffällige Formveränderung des Kopfes davon zurückgeblieben ist, sondern nur

partielle Verklebungen oder Divertikelbildung an den Hirnventrikeln, ein Befund, auf den namentlich Meynert mit Recht Werth gelegt hat. Eine in der Kindheit überstandene Meningitis und ferner jedes Kopftrauma, sobald es nachweislich mit Gehirnerschütterung einhergegangen ist, bedingen ferner eine erworbene Disposition. Hinsichtlich der Meningitis möchte ich bei dieser Gelegenheit bemerken, dass eine Heilung der Meningitis, auch der tuberculösen, viel häufiger angenommen werden muss, als man es im Allgemeinen thut. In der Kindheit überstandene Krämpfe, ganz gleich welcher Veranlassung, müssen ebenfalls als eine Schädlichkeit betrachtet werden, aus der eine Disposition zu Geisteskrankheiten hervorgehen kann. Offenbar ist der epileptische Insult, besonders wenn gehäuft, an sich nicht nur Folgezustand, sondern zugleich Ursache gröberer anatomischer Veränderungen im Gehirn, die nicht immer ganz zum Ausgleich kommen. Ganz ähnlich wird das Verhältniss der acuten Psychosen zu früher überstandenen schweren Infectionskrankheiten, namentlich dem Typhus und der Malaria, aufgefasst werden müssen. Wir nehmen an, dass im Verlauf derselben anatomische Veränderungen des Gehirns gesetzt werden können. Schliesslich erwähne ich als eine der häufigsten Ursachen der erworbenen Disposition gewisse Giftwirkungen und unter ihnen vor Allem den fortgesetzten Alcoholmissbrauch.

Dass die normalen Zeiten körperlicher Umwälzungen, wie der Pubertät, des Klimakteriums, endlich der Senescenz, besonders für den Ausbruch von Psychosen disponiren, habe ich wiederholt hervorgehoben und mit der grossen Bedeutung, welche die Veränderungen des Körpers für das Bewusstsein haben, begründet. Liegt schon hierin eine allgemein verbreitete, sicher auch dem normalen Menschen zukommende Disposition, so wird sich diese besonders dann geltend machen, wenn noch eine erworbene Disposition durch die vorher erwähnten organischen Veränderungen besteht.

Nach diesen allgemeinen Vorbemerkungen können wir dazu übergehen, den Einfluss zu studiren, welchen bestimmte ätiologische Momente auf Form und Verlauf der durch sie bedingten Geisteskrankheiten erkennen lassen. Dabei dürfte sich am meisten empfehlen, von schon Bekannterem auszugehen. Als specifisch alcoholistische acute Psychose haben wir das Delirium tremens kennen gelernt, eine Form deliranter Allopsychose, welche fast ausschliesslich dem chronischen Alcoholismus zukommt. Indessen habe ich schon früher darauf hingewiesen, dass gewisse Ausnahmen vorkommen, die immerhin Beachtung verdienen.

Ich erinnere daran, dass wir auch ein chronisches und protrahirtes Delirium tremens kennen gelernt haben. Eine noch acutere alcoholistische Psychose habe ich gelegentlich schon erwähnt, man bezeichnet sie gewöhnlich als pathologischen Rauschzustand, und wir wissen, dass derselbe meist in Gestalt einer acutesten Allopsychose mit allopsychischer Desorientirung und traumhaften Hallucinationen auftritt. Der Inhalt der veränderten Situation scheint immer ein phantastisch bedrohlicher zu sein, und dem entspricht der hochgradige Affect, welcher zum Unterschiede vom Delirium tremens den pathologischen Rauschzustand begleitet. Die Dauer dieser Zustände beträgt nicht über Stunden, so dass wir sie als Beispiele transitorischer Psychose betrachten können. Gefolgt sind sie von tiefem Schlaf und meist auch vollkommenem Erinnerungsdefect nach demselben. Dass ganz ähnliche transitorische Psychosen auch nach einmaliger Alcoholvergiftung oder selbst ohne dieselbe vorkommen können, sobald ausgesprochene Disposition zu Geisteskrankheiten vorhanden ist, habe ich schon gelegentlich erwähnt.

Die acute Hallucinose habe ich früher eingehender behandelt. Vielleicht habe ich jedoch die Prognose der erstmaligen Erkrankung in diesen Fällen zu günstig gestellt, da ich neuerdings wiederholt einen Zustand chronischer Hallucinose als Fortsetzung der acuten Hallucinose bei Alcoholisten angetroffen habe. Dass andererseits das früher von mir erwähnte Krankheitsbild der chronischen Hallucinose[1]) von dem Inhalt des physikalischen Verfolgungswahns bei Alcoholisten häufiger anzutreffen ist, ist längst bekannt.

Die polyneuritische Psychose, welche uns ebenfalls schon früher beschäftigt hat, ist überwiegend häufig alcoholistischer Entstehung. Diese meist heilbare Krankheit kann unter Umständen fortschreiten bis zu dem klinischen Bilde der Seelenblindheit und Asymbolie. Ein Fall der Art ist Ihnen aus meinen Krankenvorstellungen[2]) erinnerlich.

Haben wir es bisher mit verschiedenen Formen von Allopsychosen zu thun gehabt, so ist uns gelegentlich doch auch eine Autopsychose aufgestossen, welche freilich nicht ganz sicher alcoholistischer Entstehung ist, ich meine den unter dem Namen der Semmelwochen bekannten „zweiten Zustand". Es ist sogar wahrscheinlich, dass derselbe immer nur bei sogenannten Degenerirten auftritt.

1) Vgl. S. 164 und 165.
2) Vgl. Heft 2 Fall 9.

immerhin muss die Möglichkeit, dass der Zustand selbst durch Alcoholismus verschuldet ist, für manche Fälle zugegeben werden.

Die Bedeutung einer circumscripten Autopsychose durch überwerthige Idee hat wahrscheinlich der sogenannte Eifersuchtswahn der Trinker, wenigstens trugen einige reinere Fälle der Art diesen Charakter. Die überwerthige Idee beruhte das eine Mal darauf, dass der Ehemann von seiner schon etwas älteren und mit Kindern reichlich gesegneten Frau mit seinen Ansprüchen auf ehelichen Verkehr wiederholt abgewiesen worden war. In einem zweiten Falle liess sich zwar das zu Grunde liegende affectvolle Erlebnis nicht sicher ermitteln, doch war vermuthungsweise ein ähnlicher Sachverhalt anzunehmen und der Eifersuchtswahn thatsächlich so isolirt, der daran sich anschliessende Beziehungswahn so ausschliesslich auf diesen einen Punkt gerichtet, dass das ganze Krankheitsbild nur als circumscripte Autopsychose durch überwerthige Idee verständlich war. Diese Fälle tragen zwar ein chronisches Gepräge, gehören aber durch eine acutere Entstehungszeit auch den acuten Psychosen an.

Viel häufiger, vielleicht sogar am allerhäufigsten, wenn man auch abortive Fälle dazu rechnen will, sind die Angstpsychosen bei Säufern. In meinen Krankenvorstellungen finden Sie einige Beispiele davon, darunter einen sehr lehrreichen von abortiver Angstpsychose.[1])

Der alcoholistische Stupor verdient hier kurz erwähnt zu werden. Die Benommenheit des Sensoriums dabei, die Somnolenz, welche nur der von Tumorkranken zu vergleichen ist und mehrere Wochen, ja selbst Monate lang bestehen kann, macht das Krankheitsbild dem von organischen Gehirnkrankheiten so ähnlich, dass ich meinerseits auch an einer organischen Begründung durch Hydrocephalus internus nicht zweifle. Auch die Gangstörung, welche diese Kranken zeigen, sobald man sie aus dem Bett genommen hat, ist nur der bei senilem Hydrocephalus internus zu vergleichen. Der Puls kann dem entsprechend mässig verlangsamt sein. Eine allgemeine Muskelsteifigkeit mit sehr ausgesprochener Steigerung der mechanischen Muskelerregbarkeit ist ebenfalls diesen Fällen und dem senilen Hydrocephalus internus gemeinsam. Stauungspapille pflegt in beiden Fällen zu fehlen, aber Atrophie der Optici mit erheblicher Sehstörung habe ich nach überstandenem alcoholistischen Stupor einige Male zurückbleiben sehen. Im Allgemeinen ist die

1) Vgl. Heft 1 Fall 12.

Krankheit heilbar, und zwar auch definitiv, sobald eine dauernde Abstinenz durchgeführt wird. In anderen Fällen kann der Stupor in einen Defectzustand übergehen, dem Züge von Asymbolie, übrigens sehr verschiedenen Grades beigemischt sind.

Eine besondere Bedeutung unter den alcoholistischen Psychosen haben die Fälle von sogenannter Pseudoparalyse zu beanspruchen. Man beobachtet sie besonders nach lange fortgesetzten ungewöhnlich schweren Alcoholexcessen. Das paralytische Gepräge wird der resultirenden acuten Psychose dadurch aufgedrückt, dass die Ihnen schon bekannten Störungen der Sprache und der Gehirnnerven ebenso wie beim Delirium tremens und wahrscheinlich ebenso organisch begründet, bei den Kranken nachweisbar sind. Aber darüber hinaus können auch spinale Symptome d. h. Zeichen von Strangerkrankung, Pupillendifferenz und Pupillenstarre zugegen sein wie bei echter Paralyse. Die acute Psychose hat gewöhnlich zunächst auch delirante Züge beigemischt, späterhin bietet sie ein Bild, das am meisten der acuten Hallucinose entspricht, jedoch mit Angstzuständen von grosser Selbstständigkeit, zeitweilig allopsychischer Desorientirung und Zügen von Demenz ausgestattet ist, auch ein paranoisches Stadium nicht entwickelt. Das sehr schwankende Krankheitsbild kann Jahre hindurch bestehen und schliesslich dennoch in Heilung übergehen. Andere Male bleibt ein immerhin mässiger Defect zurück, der bei durchgeführter Abstinenz nicht weiter fortzuschreiten braucht. Ich bemerke ausdrücklich, dass die Heilung sich nur auf die Psychose und die specifisch paralytischen Begleiterscheinungen der Sprachstörung, des Zungentremors u. s. w. bezieht; die eigentlich spinalen Symptome pflegen sich nicht zurückzubilden. Ohnmachtsanfälle, die im Verlauf der Krankheit vorkommen, können die Diagnose von echter Paralyse noch mehr erschweren.

Psychosen, die durch combinirten Morphium- und Cocainmissbrauch bedingt sind, begegnet man nicht selten, während ich eigentliche Psychosen nach ausschliesslichem Morphiummissbrauch noch nicht gesehen habe. Das unvermittelte Auftreten eines physikalischen Verfolgungswahns mit rascher Systematisirung und ferner eigenthümliche Tast- und combinirte Hallucinationen der Haut, so dass die Kranken pilz- oder schimmel- oder haarartige Gebilde aus ihrer Haut herauswachsen sehen und fühlen, scheinen einigermaassen specifisch für diese Fälle zu sein.

Den Alcoholpsychosen am nächsten stehen vereinzelte Fälle, in denen mit Wahrscheinlichkeit eine Blei- oder Arsenikvergiftung an-

genommen werden konnte. In ersterer Beziehung schwebt mir ein Beispiel vor, einen 39jährigen Schriftsetzer betreffend, dessen Krankheitsbild am meisten dem einer überwiegend sensorisch agitirten Verwirrtheit entsprach, mit continuirlichem Rededrang und überwiegend incohärenter Ideenflucht, ferner sehr ausgeprägter Hypermetamorphose, übrigens ohne wesentliche Affectbeimischung. Nach einer Dauer der Krankheit von etwa zehn Monaten begann er dement zu werden und verfiel körperlich, Tod ein Jahr später, nachdem allgemeiner Muskeltremor und zeitweilige Zustände von Erregung mit dem Inhalt hypochondrisch phantastischen Bedrohungswahns aufgetreten waren. Polyneuritische Symptome an den Extremitäten waren nicht zugegen. Auf chronische Arsenikvergiftung war wahrscheinlich der Fall einer 50jährigen Blumenmacherin zurückzuführen, welche 30 Jahre lang viel mit Arsengrün zu thun gehabt hatte, seit vielen Jahren an Kopfschmerzen, zuletzt auch an Schwindel gelitten hatte und plötzlich unter den Symptomen einer Angstpsychose mit Hallucinationen erkrankt war, bald aber auch pseudospontane Bewegungen des Mundes zeigte und unter rascher Steigerung aller Symptome (verwirrter Rededrang, Grössenideen, Verbigeriren, parakinetische Gangbewegungen, dabei zu fixiren, örtlich und zeitlich orientirt), ebenfalls körperlich rasch verfiel, trotz genügender Nahrungsaufnahme, und innerhalb 18 Tagen zu Grunde ging. Die Section ergab ein Gehirngewicht von 1250 g, mässigen Hydrops ventriculorum. Der Erkrankung dicht vorangegangen war eine mehrwöchentliche Cystitis. Mit Nachlass der motorischen Unruhe hatte sich Rigidität der Beine und Fussklonus constatiren lassen, einige Tage vor dem Tode war Parese des linken Nervus facialis von peripherem Charakter aufgetreten. Aehnlich wie dieser Fall gemischter sensomotorischer Psychose sind mir auch andere Fälle begegnet, in denen ein schwerer, rasch zum Tode führender Verlauf durch die klinischen Symptome in keiner Weise begründet erschien, so u. a. eine typische Angstpsychose, welche innerhalb sieben Wochen tödtlich verlief und bei der Section zwar die Zeichen einer Pthisis incipiens, aber keine anderweitige Erklärung für den raschen Verfall bot. Umgekehrt ist mir ein Kranker im letzten Stadium einer langjährigen Tuberculosis pulmonum erinnerlich, welcher in den letzten 14 Tagen eines der reinsten Bilder von akinetisch-parakinetischer Motilitätspsychose darbot. In allen diesen Fällen wird der Verdacht, dass die acute Psychose eine polyneuritische mit ungewöhnlichen klinischen Symptomen ist, nicht von der Hand zu weisen sein.

Hinsichtlich der polyneuritischen Psychose, welche durch ihre der Aetiologie entlehnte Bezeichnung hierher gehört, verweise ich Sie auf meine frühere Vorlesung. In der Litteratur werden Sie meist die neuerdings auch von Jolly acceptirte Bezeichnung Korsakow'sche Psychose dafür angewandt finden, und in der That hat zuerst Korsakow[1]) die Aufmerksamkeit auf gewisse charakteristische Züge des bei Polyneuritikern zu beobachtenden Krankheitsbildes gelenkt. Sie werden aber finden, dass von Korsakow Krankheitsfälle als hierher gehörig beschrieben werden, die bei Weitem complicirter sind als das von mir entworfene, möglichst eng gefasste Bild. Aus diesem Grunde halte ich noch jetzt den Namen der polyneuritischen Psychose für den richtigeren, bin aber weit entfernt, den Verdiensten Korsakow's dadurch zu nahe treten zu wollen. Der Haupteinwand, welcher sich auch gegen den von mir bevorzugten Namen machen liesse, gereicht ihm nach meiner Auffassung gerade zu besonderer Ehre. Wie ich nämlich durch die vorher erwähnten Fälle schon andeuten wollte, erstreckt sich die polyneuritische Begründung der Psychosen in dem weiteren Sinne, dass eine der Polyneuritis ähnliche Degeneration der nervösen Elemente im Gehirn als anatomischer Befund der Psychose anzunehmen ist, wahrscheinlich weit hinaus über den eng gefassten Begriff der sogenannten polyneuritischen Psychose. Da wir auch bei der Paralyse den entsprechenden Befund vorgefunden haben, so würden die oben angeführten Thatsachen nur die längst bekannte Erfahrung bestätigen, dass die degenerative Neuritis sich mit Vorliebe auf dem Boden der Syphilis, des chronischen Alcoholismus und der Tuberculose entwickelt. Noch darüber hinaus giebt das oben erwähnte häufige Vorkommen der Tuberculose in der Ascendenz der von acuten Psychosen der verschiedensten Art betroffenen Individuen zu denken.

Von hereditären Psychosen wird man nur im allgemeinsten Sinne sprechen können, da eine hereditäre Veranlagung im weiteren Sinne bei den acuten Psychosen ungemein häufig, nach meiner Schätzung etwa in der Hälfte aller Fälle angetroffen wird. Noch stärker dürfte der Procentsatz ausfallen, wenn man nur die von vornherein chronisch verlaufenden Psychosen und die häufigen Grenzfälle zwischen Psychosen und geistiger Gesundheit in Betracht zieht. Bei Erwähnung der Arbeiten Magnan's habe ich mich über diesen Punkt schon ausgesprochen.[2]) In die letztere Kategorie ge-

1) Arch. f. Psych. 21. Bd. S. 669.

2) Vgl. S. 168.

hören besonders die an Zwangsvorstellungen leidenden, aber sonst noch als gesund geltenden Individuen. Eigentliche Zwangsvorstellungspsychosen zeigen sich ebenfalls mit Vorliebe bei erblich schwer belasteten Individuen, doch ist es wieder sehr lehrreich, dass ich Ihnen einen sehr reinen Fall von Zwangsvorstellungspsychose[1]) vorstellen konnte, bei dem sicher nur die senile Involution des Gehirns als ätiologisches Moment in Betracht kam und Heredität ganz ausgeschlossen war. Wie die Zwangsvorstellungsneurose, so findet auch die hypochondrische Neurose ihre Hauptvertreter unter den Hereditariern. Sie werden sich erinnern, dass unter den hypochondrischen Psychosen, von denen ich Ihnen berichtet habe, einige besonders schwere Fälle ebenfalls bei schwer Belasteten aufgetreten waren. Das Fieberdelirium, welches sich als eine besondere Form symptomatischer Psychose betrachten lässt, tritt besonders leicht bei erblich belasteten Individuen auf. Wieder mehr den Grenzfällen zugehörig sind die krankhaften Triebe bei sonst für gesund geltenden Menschen. Häufig mag dabei eine Art von Suggestionswirkung eine Rolle spielen, wie z. B. bei dem in manchen Familien geradezu endemisch herrschenden Selbstmordtrieb. Aber nicht minder begegnet man in den gleichen „degenerirten" Familien dem Stehltrieb zur Zeit der Menstruation, Perversitäten der Sexualempfindung u. dergl. mehr. Die transitorischen Psychosen mit Einschluss des pathologischen Rausches zeigen eine zweifellose Vorliebe, hereditär belastete Individuen zu befallen. Endlich erwähne ich noch die oben geschilderte moralische Autopsychose[2]) und eine besondere Form der primären Demenz, welche sich zur Zeit der Pubertätsentwickelung besonders gern bei erblich schwer belasteten Kindern einstellen. Hinsichtlich der Manie, der affectiven Melancholie, der circulären Geisteskrankheit erinnere ich an meine früheren Bemerkungen zu deren Aetiologie.

Es lässt sich nicht verkennen, dass unter den hereditär bedingten Psychosen zuweilen ganz besonders schwere Fälle vorkommen. Doch überwiegen bei Weitem die leichteren und besonders die sogenannten Grenzfälle, welche freilich die bürgerliche Existenz oft mehr in Frage stellen, als eine schwere acute Psychose. Im Ganzen möchte ich Ihnen den Satz einprägen: Die erbliche Belastung bedingt zwar sicher eine grössere Neigung zu geistiger Erkrankung, aber mit Ausnahme einiger weniger, besonderer Fälle keinen schwereren, sondern eher einen milderen Verlauf der einmal ausgebrochenen Psychose.

1) Vgl. Fall 17 Heft 2 der „Krankenvorstellungen".

2) Vgl. S. 321.

Freilich muss man auch eine gesteigerte Neigung zu Recidiven anerkennen.

Die Epilepsie spielt ätiologisch bei den Psychosen eine sehr bedeutende Rolle. Im Allgemeinen kann man den sogenannten Dämmerzustand als specifisch epileptische Psychose anerkennen, jedoch mit der Einschränkung, auf welche wir hinsichtlich der ätiologischen Beziehungen schon immer gestossen sind. Als Hauptkennzeichen des Dämmerzustandes haben wir eine gewisse Benommenheit des Sensoriums und die totale allopsychische Desorientirung kennen gelernt. Diese Desorientirung ist im epileptischen Dämmerzustand nicht selten zur Asymbolie gesteigert, wobei zugleich ein leicht verständlicher Ausfall an Willensimpulsen, eine wirkliche Abulie vorhanden sein kann. Andere Male werden traumhafte Handlungen, besonders solche schwer gewaltthätiger Art, begangen, offenbar unter dem Einflusse traumhafter Hallucinationen. Wenn derartige Dämmerzustände zur Beobachtung kommen, so fällt immer auch den Laien das verstörte, sonderbare, durch die allopsychische Desorientirung bedingte Wesen der Kranken auf. Solche Zustände sind meist nur von kurzer Dauer, halbstündig bis mehrstündig, nur selten über einen Tag hinaus. Ihr Verhalten zum epileptischen Anfall ist verschieden. Ueberwiegend kommen sie postepileptisch zur Erscheinung, zuweilen aber auch präepileptisch oder in Stellvertretung eines epileptischen Anfalles. Meist fehlt später jede Rückerinnerung, ausnahmsweise ist jedoch eine, wenn auch nur summarische, Erinnerung erhalten, und man erfährt dann, dass die Gewaltthat in Abwehr einer bedrohlichen Situation verübt wurde. Während in dieser Form des Dämmerzustandes geordnete Handlungen nicht ungewöhnlich sind, ist der epileptische Wuthanfall in seiner typischsten Ausprägung nur ein blindestes Umsichschlagen, Schreien und Geifern in maximal gesteigertem Abwehraffect. Diese Anfälle eines furibunden Dämmerzustandes, die nur dem Zustande eines gehetzten Thieres zu vergleichen sind, sind nur von Minuten langer bis höchstens halbstündiger Dauer und von absoluter Amnesie gefolgt. Den Gegensatz dazu bilden länger dauernde, zuweilen sogar Wochen lang anhaltende Dämmerzustände mit harmlos delirantem Bewegungsdrang. Diese Kranken sind wie beim Delirium tremens auf Momente zu fixiren, jedoch lange nicht so attent wie der eigentliche Delirant, und im Gegensatz dazu von einer überraschend gut erhaltenen Merkfähigkeit. Andere Male, aber wie es scheint seltener, ist der Dämmerzustand genau wie beim eigentlichen Deliranten immer nur

dann ausgeprägt, wenn man den Kranken sich selbst überlässt, abgesehen davon erscheint der Kranke vollständig hell und attent. Auch in diesen Fällen ist die wohl erhaltene Merkfähigkeit sehr auffallend und als specifisch epileptische Eigenthümlichkeit des Deliriums aufzufassen. Sie erinnern sich eines Beispiels,[1]) in welchem zugleich eine retroactive Amnesie bestand und die Differentialdiagnose von der polyneuritischen Psychose durch die wohl erhaltene Merkfähigkeit ermöglicht wurde.

Wo der Dämmerzustand mehr überwiegt, ist oft das Symptom der Perseveration (Neisser) sehr ausgesprochen, das von den organischen Gehirnkrankheiten und besonders von der Aphasie her wohl bekannte Haftenbleiben an dem vorher gebrauchten Ausdruck. Dieses Symptom wird am besten durch eine Unterhaltung illustrirt, welcher Sie bei der klinischen Demonstration einer Kranken vor Kurzem selbst beigewohnt haben. „Wie heissen Sie?“ „Martha Glockner.“ „Wie alt sind Sie?“ „Martha Glockner.“ „Wo sind wir hier?“ „Martha Glockner.“ — „Wie alt sind Sie?“ „22 Jahr.“ „Wo sind wir hier?“ „22 Jahr.“ „Was ist Ihr Beruf?“ „22 Jahr.“ — „Wer bin ich?“ „Der Vetter Georg.“ „Wer ist dieser Herr?“ „Der Vetter Georg.“ — „Wer ist der andere Herr?“ „Der Vetter Georg.“ Abgesehen von dieser Unterhaltung wird Ihnen die Kranke, ein 22jähriges Mädchen, das von einem epileptischen Vater abstammend, selbst von Kindheit an an Epilepsie litt und drei Tage vorher einen schweren Status epilepticus überstanden hatte, noch durch ihre sonderbaren Bewegungen, die ich Ihnen damals als die Lässigkeit eines Gigerl, aber in höchster Uebertreibung, charakterisirte, in Erinnerung geblieben sein. Auch bei diesen Bewegungen machte sich eine Tendenz zur Wiederholung geltend, so z. B. wenn sie mich als ihren vermeintlichen Vetter zu umarmen versuchte. Die Kranke sah schwach und angegriffen aus, taumelte, sichtlich vor Schwäche, und zeigte auf der Abtheilung einen Mangel an Initiative, der bis zur Unsauberkeit ging. Gegen Stellungsveränderungen zeigte sie eine so auffällige Nachgiebigkeit und ein solches Verharren in unbequemen Stellungen, dass sich uns damals unwillkürlich der Vergleich mit dem decapitirten Frosche von Golz aufdrängte. Die Aufmerksamkeit dieser nicht eigentlich benommenen, aber geistig leer erscheinenden, allopsychisch vollständig desorientirten Kranken war nur schwer zu erregen und ihre Merkfähigkeit aus diesem Grunde nicht zu prüfen. Nur allereinfachste Aufträge oder Fragen wurden verstanden, darüber hinaus versagte

---

1) Vgl. Fall 7 Heft 2 der „Krankenvorstellungen“.

die Patientin. Es zeigte sich rascheste Erschöpfbarkeit. Wie Sie sich erinnern, suchte ich diese Erschöpfungssymptome als vorübergehende Folgen des Status epilepticus von den übrigen Symptomen des Dämmerzustandes zu differenziren. Doch lässt sich nicht verkennen, dass der vielfach nach epileptischen Anfällen zurückbleibende geistige Erschöpfungszustand, welcher als postepileptischer Stupor bezeichnet wird, fliessende Uebergänge zu den eigentlichen Dämmerzuständen jeder Art zeigt.

Dieselbe Kranke, die ich Ihnen eben als Beispiel eines postepileptischen Dämmerzustandes angeführt habe, hatte ein halbes Jahr vorher schon einmal Aufnahme finden müssen, ebenfalls wegen einer postepileptischen Psychose. Damals aber handelte es sich um einen ganz anderen Zustand, nämlich um eine hypochondrische Psychose, deren Hauptsymptom eine vermeintliche halbseitige Lähmung und zwar links war. Von einer eigentlichen Lähmung konnte dabei nicht die Rede sein, auch eine Schwäche war nur in den ersten drei Tagen nachweisbar. Facialis und Zunge blieben frei, die passive Beweglichkeit und die Reflexe verhielten sich normal, die Sensibilität war stark betheiligt. Die Kranke konnte damals schon nach acht Tagen geheilt entlassen werden. Dieser Bericht wird Ihnen einen Fall von hypochondrischer Paraplegie mit schlaffer Lähmung beider Beine in Erinnerung bringen, ebenfalls postepileptischer Natur und von kurzer Dauer. Der besondere Entstehungsmodus der Lähmung durch psychomotorische Identificationsstörung liess sich in diesem Falle in belehrender Weise demonstriren.[1]) mmerhin handelt es sich um seltene Vorkommnisse.

Viel häufiger beobachtet man schwere sensorische Psychosen mit verbreiteter Desorientirung, meist von dem Inhalt des phantastisch-hypochondrischen Bedrohungswahnes, fast immer zugleich mit beigemischten Grössenideen, und hyperkinetische, zugleich auch eigenthümlich parakinetische Motilitätspsychosen, meist postepileptisch und die Dauer einer oder einiger Wochen nicht überschreitend. So ist mir ein Epileptiker erinnerlich, der während seiner Psychose die lebensgefährlichsten Turnkunststücke ausführte, dabei stumm und offenbar allopsychisch desorientirt. Die Complicirtheit dieser Bewegungen stempelt diese Fälle zu wirklichen Psychosen. Man sieht aber auch, und dies um Vieles häufiger, die Bewegungsunruhe der Jactation die tiefe Bewusstlosigkeit des postepileptischen Stupors zuweilen Stunden und Tage lang begleiten.

---

1) Vgl. Fall 23 Heft 3 der „Krankenvorstellungen“.

Von den angstvoll hallucinatorischen Zuständen bei Epileptikern haben Sie schon oben [1]) ein typisches Beispiel kennen gelernt. Man könnte diese Zustände von nur halbstündiger bis Stunden langer Dauer, die dem furibunden Dämmerzustande verwandt, aber durch die erhaltene allopsychische Orientirung davon unterschieden sind, nach ihren wesentlichen Kennzeichen als Fälle acutester Hallucinose zusammenfassen. Fälle epileptischer Melancholie sind mir noch nicht begegnet. Dagegen kommen maniakalische Zustände, allerdings nicht ganz rein, da vereinzelte hyperkinetische Symptome beigemischt sind, in seltenen Fällen zur Beobachtung. Ein Beispiel der Art haben Sie selbst gelegentlich kennen gelernt. [2])

Ob der sogenannte zweite Zustand bei eigentlichen Epileptikern vorkommt und nicht vielmehr specifisch hysterischer Natur ist, möchte ich trotz eines Falles, den ich selbst erlebt und früher auch erwähnt habe, [3]) noch nicht als ganz sicher betrachten. Von französischen Autoren wird hervorgehoben, dass diese Zustände sich durch eine gewisse Stereotypie des Verhaltens, durch die Wiederkehr genau der gleichen Handlungen in gleicher Reihenfolge vor anderen auszeichnen. So verhielt es sich in der That bei dem schon erwähnten Beispiel. Diese Uniformität der Anfälle scheint aber nur gerade dem sogenannten zweiten Zustand eigen zu sein, im Uebrigen beobachten wir gerade das Gegentheil, nämlich ein gewissermaassen polymorphes Verhalten der verschiedenen Anfälle bei den gleichen Individuen.

Suchen wir sonst nach charakteristischen Zügen für die epileptisch bedingten Psychosen, so ist hauptsächlich ein rascher Ablauf, meist in Heilung, fast allen Fällen gemeinsam. Fast immer kommt es aber zu Recidiven. Die Fälle von Epilepsie, welche mit Psychosen complicirt sind, pflegen schliesslich und oft schon sehr bald in Verblödung überzugehen. Im Uebrigen handelt es sich zwar überwiegend, aber durchaus nicht ausschliesslich um sogenannte Dämmerzustände. Das Sensorium kann vielmehr auch vollständig frei und die allopsychische Orientirung ganz intact sein. Wenn die Psychose nicht in einem Dämmerzustand besteht, so zeigt sie eine Vorliebe für affectvolle Färbung, besonders ein plötzlich aufflackernder zornmüthiger Affect macht sich häufig geltend. Dazu kommen nicht selten auch wirkliche Muskelzuckungen, oder übertriebene, ausfahrende, gewaltsame, zwecklose Bewegungen,

---

1) Vgl. S. 220.

2) Vgl. Fall 24 Heft 2 der „Krankenvorstellungen“.

3) Vgl. S. 316.

die gelegentlich an einem Krankheitsbilde auffallen, das sonst nicht zu den Motilitätspsychosen gehört. Offenbar haben wir in diesen Erscheinungen die Spuren der durch die wiederholten epileptischen Insulte bedingten gesteigerten motorischen Erregbarkeit zu erblicken. Bekanntlich finden sich bei vielen Epileptikern auch Andeutungen von Herdsymptomen, besonders nach schweren Insulten und nach Serien von Anfällen, ausgeprägt. Dasselbe macht sich auch bei den epileptischen Psychosen zuweilen geltend, und zwar besonders Andeutungen von Paraphasie. Ferner kann das Haftenbleiben, die Perseveration, sowohl in sensorischer als motorischer Beziehung, als eine gemeinschaftliche Eigenheit vieler Fälle von epileptischen Psychosen betrachtet werden.

Neununddreissigste Vorlesung.

Fortsetzung der ätiologischen Gruppirung der Psychosen. Die hysterischen Psychosen. Hysterische Absenzen. Das hysterische Delirium. Pubertätspsychosen oder hebephrenische Psychosen. Kahlbaum's Heboid. Senile Psychosen. Klimakterische Psychosen. Menstrualpsychosen. Puerperalpsychosen. Allgemeine und specielle Aetiologie. Inanitionsdelirium. Symptomatische Psychosen.

Die hysterischen Psychosen zeigen in vielen Beziehungen eine Verwandtschaft mit den epileptischen Psychosen, so u. A. in der Vorliebe für sogenannte Dämmerzustände. Besonders bei Hysteroepileptischen beobachtet man eine bestimmte Form derselben im Anschluss an den Anfall so häufig, dass von französischen Autoren ein eigenes Stadium des hysteroepileptischen Anfalles daraus gemacht worden ist. Es ist aber nicht sowohl die Benommenheit des Sensoriums als die totale allopsychische Desorientirung, welche das Hauptmerkmal dieser meist nur ganz kurz dauernden Zustände ausmacht. Die Kranken verhalten sich einer traumhaft veränderten, meist sehr affectvoll gefärbten Situation entsprechend. Besonders irgend ein Unglück, das sie betroffen hat, der Verlust von Angehörigen u. dergl. mehr spielen dabei eine Rolle. Schon dieses sogenannte emotionelle Stadium der hysteroepileptischen Anfälle fällt also in das Gebiet der deliranten Allopsychosen.

Noch viel mehr entspricht diesem Begriff das sogenannte hysterische Delirium, eine selbstständig auftretende acute Psychose mit sensorisch bedingtem Bewegungsdrang und totaler allopsychischer Desorientirung ohne bestimmte herrschende Affectlage. Die spontanen Aeusserungen dieser Kranken sind in Folge ihrer vielfachen sensorischen Ablenkungen, auch durch Hypermetamorphose, in hohem

Grade incohärent, die Kranken sind nur ganz gelegentlich und auf Momente zu fixiren und Antworten von ihnen zu erhalten. Tasthallucinationen und abnorm fein localisirte Phoneme spielen eine Hauptrolle. Asymbolische Beimengungen werden nach dem Verhalten der Kranken gegen Nahrungsaufnahme und körperliche Besorgung wahrscheinlich. Allgemeiner Muskeltremor, das Auftreten sogenannter Seitenstrangssymptome[1]) und körperlicher Verfall können die psychischen Symptome begleiten und in wenigen Wochen zum Tode führen. Auch überwiegend hypochondrische Symptome werden beim hysterischen Delirium zuweilen beobachtet. In einem ebenfalls schwer verlaufenden Falle machte die sensorische Agitation nach etwa sechswöchentlichem Bestande der Krankheit dem typischen Bilde der motorisch agitirten Verwirrtheit, d. h. einer hyperkinetischen Motilitätspsychose mit maniakalischen Zügen, Platz. Dieser Umschwung schien der Hebung der Kräfte und des Allgemeinbefindens durch fortgesetzte künstliche Ernährung zuzuschreiben zu sein. Ein ebenfalls rascher Umschlag führte zu voller Restitution mit Krankheitseinsicht, doch erfolgte nach anderthalb Jahren ein Recidiv, über dessen Ausgang ich nicht unterrichtet bin.

Die sogenannte Katalepsie der Hysterischen, d. h. Fälle von relativ kurz dauernder akinetischer Motilitätspsychose, habe ich schon oben erwähnt.[2]) Das Sensorium ist dabei meist tief benommen und häufig, nach dem verzückten Gesichtsausdruck zu schliessen, von ekstatisch religiösen Traumeserlebnissen erfüllt. Ein zurückbleibender Schwächezustand ohne paranoisches Stadium geht rasch in Heilung über. Es kommt jedoch auch vor, dass diese ekstatischen Zustände recidiviren und in ein continuirliches Krankheitsbild vollständiger Regungslosigkeit übergehen. Einen Fall der Art sah ich ich mit dem Tode enden. Die erwähnten Fälle sind ausgeprägte Psychosen. Häufig genug beobachtet man aber auch Krankheitsfälle, welche nicht so sehr das Gepräge der distincten acuten Psychosen haben, als vielmehr Uebergangsfälle oder Mischfälle zwischen hysterischer Degeneration oder Charakterdepravation und vereinzelten psychotischen Symptomen darstellen. Auf den Irrenabtheilungen grosser Städte, wie z. B. in unserer Klinik, stellen die Prostituirten ein besonders grosses Contingent zu diesen durch ihre Undisciplinirbarkeit sehr lästigen Krankheitsfällen. Doch können auch aus ganz gesitteten Verhältnissen

1) Vgl. Bonhoeffer, „Seitenstrangerscheinungen" bei acuten Psychosen. Psychiatr. Abhandlungen Heft 2. Breslau 1896.

2) Vgl. S. 428.

stammende Kranke zu dem gleichen Zweifel, ob mehr Ungezogenheit und moralischer Defect oder Krankheit vorliege, den Anlass geben. Prüfungen auf den geistigen Besitzstand und die Merkfähigkeit ergeben oft eine verblüffende Eingeengtheit des ersteren und erhebliche Reduction der letzteren. Dennoch braucht es sich nicht um dauernde Defecte zu handeln. Die Behandlung dieser Fälle ist äusserst schwierig, hat aber nur dann Aussicht auf Erfolg, wenn sie immer von der Voraussetzung der krankhaften Bedingtheit des Verhaltens der Kranken ausgeht. Von Ganser[1]) sind ganz neuerdings Fälle beschrieben worden, in denen Kranke mit anscheinend freiem Sensorium und voller Besonnenheit die an sie gerichteten Fragen so unzutreffend und verkehrt beantworteten, dass man eine Absicht der Täuschung um so eher vermuthen musste, als es sich zum Theil um Strafgefangene handelte. Der Nachweis von sogenannten hysterischen Sigmata führte aber, wie wir glauben mit Recht, den Verfasser zu der Anschauung, dass ein sogenannter Dämmerzustand in diesen Fällen anzunehmen sei. Diese Auffassung findet auch darin eine Stütze, dass die vorher geschilderten unzweifelhaft hysterischen Kranken häufig das gleiche Symptom der wie absichtlich sinnlosen Antworten zeigen. Nur ist der Name Dämmerzustand aus den schon früher angeführten Gründen für diese Fälle zu beanstanden. Nicht das Sensorium ist herabgesetzt, sondern die Extensität des vorhandenen psychischen Materials ist eingeschränkt, es besteht eine Einengung des Bewusstseins wie bei der Suggestion der Hypnotisirten im wachen Zustande. So sieht man auch sonst bei Hysterischen ganz atypische Fälle von Psychosen, wie z. B. einen Verfolgungswahn, der nur gegen eine Person gerichtet ist, wobei die sinnliche Gegenwart dieser Person hallucinirt wird, während doch die allopsychische Orientirung erhalten bleibt. Von dem specifisch hysterischen „zweiten Zustande“ habe ich oben schon das Nöthige gesagt.

Unabhängig vom hysteroepileptischen Anfall habe ich namentlich bei Kindern und in der Entwickelungszeit stehenden Schülern ziemlich häufig kurz dauernde hysterische Psychosen beobachtet von halb- bis mehrstündiger Dauer, die ganz unregelmässig recidivirten, vielfach nachweislich nach Emotionen irgend welcher Art. Man wird sie den transitorischen Psychosen subsummiren müssen. Die Anfälle bestehen meist in angstvoller Verkennung der Situation, ähnlich dem bekannten Bilde des pavor nocturnus der Kinder, in milderen Fällen stellen sie eine Art abortiver Angstpsychose dar, d. h. es

1) Arch. f. Psych. 30. Bd. S. 633.

kommt zwar nicht zur Verkennung der Situation und der Personen, aber zu lebhaften Angstvorstellungen, zuweilen auch in Phoneme gekleidet, mit triebartigem Fortdrängen, Anklammern an die Angehörigen oder auch blindem Umsichschlagen, Zerreissen, Wühlen u. dergl. mehr. Als Ursache dieser bei zweckmässiger Behandlung rasch heilenden, ohne dieselbe aber allmählich ebenfalls abklingenden hysterischen Psychosen lassen sich meist Emotionen und irgend welche schwächende Momente, wie geistige Ueberanstrengung, zu wenig Schlaf u. dergl. mehr, ermitteln. Eingeleitet werden sie gewöhnlich durch ein vorbereitendes Stadium, in welchem Kopfschmerzen, Herzklopfen, vasomotorische Symptome und Ohnmachtsanwandlungen bestanden haben. Fast immer ist in diesen Fällen eine Insufficienz der Nervi phrenici als Grundlage der Angst nachzuweisen. Mehrtägige Dämmerzustände mit totaler allopsychischer Desorientirung fast bis zur Asymbolie und beigemischten episodischen parakinetischen Symptomen kommen zuweilen im Anschluss an grosse Emotionen ebenfalls bei jugendlichen Individuen vor. So habe ich Ihnen gelegentlich einen 15 jährigen Bäckerlehrling vorgestellt, der seit Langem zu wenig geschlafen hatte, in den Wochen vorher kurz dauernde Absenzen, meist nächtlich, mit darauf folgender Amnesie gehabt hatte und acut erkrankt war, nachdem eine Unterschlagung, die er begangen hatte, zur Entdeckung gekommen war.

Bei Weitem häufiger als die hysterischen Psychosen sind hysterische Neurosen, die unser Gebiet berühren, ich erwähne nur die Zwangsvorstellungsneurose und die Angstneurosen. Ausnahmsweise kann es aber zur Entwickelung der entsprechenden eigentlichen Psychosen kommen.

Meine Herren! Aus dieser Schilderung werden Sie entnehmen, dass die hysterischen Psychosen häufig schon aus dem klinischen Bilde, das sie darbieten, diagnosticirbar sind. Das Hauptmittel der Diagnose ist aber immer, dass das Bestehen hysterischer Symptome vor Ausbruch der acuten Krankheit nachgewiesen werden kann. In dieser Beziehung ist es auch von Wichtigkeit zu wissen, dass eine Hauptquelle der Hysterie bei jungen Mädchen die über das individuelle Maass der Leistungsfähigkeit gesteigerte geistige Arbeit ist. Mädchen, die ihr Lehrerinnenexamen machen, ohne hysterisch geworden zu sein, werden Sie nur selten antreffen. In manchen Fällen wird der Nachweis von sogenannten hysterischen Stigmaten zur Zeit der acuten Krankheit möglich und dadurch die Diagnose zu sichern sein.

Was die Prognose der hysterischen Psychosen betrifft, so ist

sie lange nicht so sicher zu stellen, wie die der gewöhnlich rasch heilenden epileptischen Psychosen. Doch wird man oft von Heilung überrascht in Fällen, die klinisch ungünstig zu liegen schienen. Das hysterische Delirium scheint fast immer zu heilen, namentlich scheint eine zurückbleibende chronische Geistesstörung nicht zu fürchten zu sein. Die Hysteroepilepsie scheint wie die Epilepsie in den Fällen, die mit Psychosen complicirt sind, schliesslich zum Blödsinn zu führen. An sich hat die Hysteroepilepsie jedoch diese Wirkung nicht, während bekanntlich Epileptiker mit häufigen Anfällen immer blödsinnig werden. Die Prognose der acuten Psychosen ist im Allgemeinen günstig, jedoch ist die Gefahr der Recidive gross, wenn die zu Grunde liegende Hysterie nicht geheilt wird.

Die Psychosen der Pubertät oder hebephrenischen Psychosen haben schon früher häufig Erwähnung gefunden. Sie erinnern sich, meine Herren, dass ich mich früher auch des Ausdruckes Hebephrenie bedient und damit den von Kahlbaum und Hecker geschilderten besonderen Krankheitstypus anerkannt habe. Ich bin jedoch von diesem Standpunkte durch die Erfahrungen der Klinik mehr und mehr abgebracht worden und kann jetzt nur noch die allerdings sehr erhebliche Bedeutung der hebephrenischen Aetiologie vertreten. Viel eher als die Hebephrenie bin ich geneigt, die von Kahlbaum so genannte Heboidophrenie oder kürzer das Heboid als specifische Psychose des Pubertätsalters anzuerkennen, da dieses viel schärfer umrissene Krankheitsbild, in welchem die der Pubertätszeit überhaupt eigene, hier aber gesteigerte Affectuosität eine so grosse Rolle spielt, fast nur auf dem Boden der Pubertät vorzukommen scheint. Freilich muss ich dann annehmen, dass gewisse constant dabei vorkommende Symptome auch von Kahlbaum nicht genügend beachtet worden sind. Ich meine hauptsächlich Angstempfindungen, Angstvorstellungen und hypochondrische Sensationen. Im Uebrigen verweise ich Sie auf Kahlbaum's Schilderung der einschlägigen Fälle; diese Fälle sind übrigens verhältnissmässig selten, so dass ich nur wenige davon zu Gesicht bekommen habe.

Viel häufiger sind die ebenfalls einigermaassen specifisch hebephrenischen schon früher erwähnten Fälle, in welchen das Krankheitsbild der sogenannten originären Verrücktheit von einer rasch fortschreitenden Demenz begleitet ist. Diese in das Gebiet der chronischen Psychosen fallenden Krankheitsfälle verdienen die Bezeichnung der hebephrenischen expansiven Autopsychose. Jedoch bleibt das Krankheitsbild bei einem Theil dieser Fälle nicht bestehen,

sondern geht, zuweilen schon nach einem viertel- oder halbjährigen Bestehen, in einen Zustand der Attonität über, welcher seinerseits nur dem tiefsten Blödsinn Platz macht.

Demnächst am häufigsten dürften Motilitätspsychosen jeder Art, besonders aber die akinetische Motilitätspsychose, die nächste Veranlassung ihres Auftretens in der Pubertätszeit finden. Die bekannte Neigung der akinetischen Motilitätspsychose, in Demenz überzugehen, dürfte zum Theil auf diesem ätiologischen Verhältniss beruhen und ebenso die fälschlich der besonderen Krankheitsform zugeschriebene Neigung zu Recidiven. Doch sind mir auch Fälle von in die Pubertätszeit fallender akinetischer Motilitätspsychose bekannt, welche zu so vollständiger Restitution geführt haben, dass der Lebensgang der betroffenen jungen Männer dadurch nicht gestört worden, auch ein Recidiv bisher nicht eingetreten ist. Die ungünstige Vorhersagung, welche Kräpelin diesen Fällen stellt, trifft also nicht einmal für die Fälle der Pubertätszeit ausnahmslos zu.

Eine unverkennbare Vorliebe, in der Pubertät aufzutreten, hat ferner die hypochondrische Angstpsychose, jene besondere der einfachen Angstpsychose nahe stehende Form der Somatopsychose. Jedoch kommt es in einem Theil der Fälle zu einem continuirlichen und ausgeprägten Krankheitsbilde erst, nachdem schon längere Zeit, bis zu Jahresfrist, vereinzelte Angstanfälle von nur Stunden langer Dauer vorangegangen sind und eine der verminderten Leistungsfähigkeit entsprechende unglückliche Stimmung sich herausgebildet hat. In einem Falle der Art, welcher schliesslich zur Heilung gelangte, war die fälschlich gedeutete Wahrnehmung von Pollutionen und Erectionen, verbunden mit einer Geruchshallucination, einem Verwesungsgeruch, der auf die Geschlechtstheile bezogen wurde, und in Anfällen sich steigernder Angst die Hauptelemente des langsam sich zurückbildenden Krankheitsbildes. Zur definitiven Heilung kam es erst nach Jahren, in der Zwischenzeit machte sich eine Herabsetzung der Merkfähigkeit und rasche Ermüdung bei geistigen Ansprüchen auch für den Kranken selbst störend bemerklich. Der frühere geistige Besitzstand wurde jedoch niemals wesentlich berührt. Ein solcher milder Verlauf entspricht vielleicht einem Abortivfalle hebephrenischer Psychose. Jedenfalls kommen bei Weitem häufiger Fälle vor, die man als langsam ascendirende Somatopsychosen bezeichnen könnte, in denen ganz unmerklich, gewissermaassen einschleichend, eine hypochondrische Psychose von oft unbestimmter oder wechselnder Localisation der körperlichen Beschwerden, bald

aber mit dem Erfolg vollständiger Unthätigkeit sich herausbildet. Ein acuter Schub, der zu total sensorischer Psychose mit dem Inhalt des phantastisch hypochondrischen Bedrohungswahnes führt, kennzeichnet dann, oft erst nach Jahren, einen florideren Krankheitsprocess. Der zurückbleibende Defectzustand zeigt dann zuweilen sehr ausgeprägt die von Kahlbaum hervorgehobenen Züge des hebephrenischen Schwachsinnes.

Schliesslich erwähne ich noch die oben flüchtig berührte[1]) ganz acute Psychose, die ich wiederholt bei jungen Mädchen angetroffen habe. Dieses Zusammentreffen scheint mir nicht zufällig zu sein, sondern für die hebephrenische Aetiologie der Krankheit zu sprechen. Dass sie trotzdem ohne Defect heilen kann, habe ich schon hervorgehoben.

Ich begnüge mich mit diesen, wie Sie wissen, durchaus nicht erschöpfenden Bemerkungen, welche wesentlich den Zweck haben, meinen Standpunkt zur Frage der Hebephrenie zu begründen. Im Ganzen müssen wir zugeben, dass die hebephrenischen Psychosen in den meisten Fällen gewisse charakteristische Züge erkennen lassen. Diese sind aber nicht in der besonderen kindlichen Form, dem albernen und läppischen Wesen, welches bei dem resultirenden Schwachsinn dieser Altersperiode nur natürlich erscheint, zu finden, sondern in der vorherrschenden Neigung zu ungünstigem Ausgang, oder bei günstigem Ausgang zu wenigstens zeitweiligem Auftreten eigentlicher Defectsymptome, in der Vorliebe für gewisse Krankheitsbilder, die aber durchaus nicht ausschliesslich der Pubertätszeit angehören, in der Neigung zu Recidiven und bei chronischem Verlauf zu schubweiser Steigerung, so dass acuteste Krankheitsbilder intercurrent vorkommen. Endlich ist für die meisten acut einsetzenden Fälle, z. Th. aber auch für die chronisch entwickelten hervorzuheben, dass sie als zusammengesetzte Psychosen verlaufen, d. h. in verschiedenen Zeiten ganz verschiedene Krankheitsbilder produciren. Dies geht so weit, dass ich beispielsweise in einem seit vielen Jahren abgelaufenen Falle mit tiefem, fast thierischen Blödsinn noch das Auftreten einer hyperkinetischen Motilitätspsychose, und zwar bei unverändertem Anstaltsaufenthalt, also Fernhaltung aller äusseren Schädlichkeiten, beobachtet habe. In Folge dessen haben Sie Gelegenheit gehabt, einen Fall zu sehen, den ich Ihnen in dem einen Semester als affective Melancholie, in dem darauffolgenden als ein Bild hyperkinetischer Motilitätspsychose, und schliesslich als den reinen Defectzustand hochgradigen Schwachsinns vorgestellt

1) Vgl. S. 407.

habe.[1]) Es war bei Gelegenheit dieses Falles, dass ich noch auf einen Umstand aufmerksam machte, der in Fällen von Hebephrenie häufig zu beobachten ist. Dies ist das verhältnissmässig belebte, der inneren Leere nicht entsprechende Gesicht, welches besonders auffallend ist, wenn man es mit dem glatten und blöden Gesicht der meisten Paralytiker selbst in frühen Stadien dieser Krankheit vergleicht.

Ueber den Einfluss der Senescenz oder der senilen Involution des Gehirns auf Form und Verlauf der Psychosen ist nur wenig bekannt. Doch kommt auch dieser Aetiologie eine einigermaassen specifische Psychose zu, die schon früher geschilderte Presbyophrenie. Sie erinnern sich, dass dieses Krankheitsbild in seinen wesentlichen Zügen mit dem anderen der polyneuritischen Psychose übereinstimmt. In einigen nebensächlichen Punkten lassen sich jedoch gewisse Unterschiede statuiren. So scheint die allopsychische Desorientirung der Presbyophrenie zeitlich dem Grade nach zu wechseln, wenigstens ist mir dieses Verhalten vielfach entgegengetreten. Bei der polyneuritischen Psychose ist sie eher permanent. Aehnlich verhält es sich mit den deliranten Zuständen der Presbyophrenie. Sie machen sich zuweilen nur des Nachts geltend, und es giebt Grenzfälle, in denen nur derartige nächtliche Delirien neben den eigentlichen Defectsymptomen das ganze Krankheitsbild ausmachen. Dass die Presbyophrenie sich nicht mit dem Begriff der senilen Demenz deckt, habe ich schon hervorgehoben. Auch hier ist schon der attente Gesichtsausdruck und die prompte Reaction auf Reize beweisend, ganz abgesehen von der Ihnen schon bekannten Heilbarkeit der acut auftretenden deliranten Fälle.

Im Uebrigen scheint das Senium sehr verschiedenartige Krankheitsbilder zu produciren. Ziemlich häufig sind Fälle von affectiver Melancholie, wobei allerdings die Ihnen schon bekannten, mehr in das Gebiet der Angstpsychosen gehörenden Grenzfälle überwiegen. Die Prognose dieser Fälle ist, wie Sie sich erinnern, trotz des Seniums im Allgemeinen günstig zu stellen, nur die Gefahr der Recidive ist dabei grösser als sonst. Für einen Fall von Zwangsvorstellungspsychose[2]) und von circumscripter Autopsychose durch überwerthige Idee[3]) haben wir nur das Senium als Aetiologie ermitteln können. Von acuten Angstpsychosen haben wir Beispiele kennen gelernt, die einen besonderen, von dem gewöhnlichen abweichenden Verlauf zeigten, indem ein physikali-

1) Vgl. Fall 16 Heft 2 der „Krankenvorstellungen“.
2) Vgl. ebenda Fall 27 Heft 2.
3) Vgl. ebenda Fall 23 Heft 1.

scher und altruistischer Verfolgungswahn daraus entstand, der verhältnissmässig rasch mit totaler allopsychischer Desorientirung einherging. Wir kamen damals auf die Vermuthung, dass wir die besondere senile Aetiologie der Fälle für diesen Verlauf verantwortlich zu machen hätten. Es scheint nun, dass auch von Anfang an chronisch verlaufende Fälle von chronischer Hallucinose, wie wir sie genannt haben, und selbst ohne Entwickelung eines physikalischen Verfolgungssystems bei alten Leuten nicht selten zu dem gleichen Ausgange der allopsychischen Desorientirung führen können. Eine 78jährige Frau, die ich hier im Sinne habe, verkannte Alles im Sinne des Gefängnisses und zeigte übrigens ein intelligentes, besonnenes und thätiges Verhalten. Auch ein Fall von akinetischer Motilitätspsychose zeigte im paranoischen Stadium eine auffällige allopsychische Desorientirung. Der Fall ist dadurch merkwürdig, dass die Psychose trotz des vorgerückten Alters im Zeitraum von zwei Jahren zu vollständiger Heilung gelangte. Nur die Zeichen der senilen Amnesie blieben auf die Dauer zurück und verhinderten unter Anderem durch den Gedächtnissdefect eine eigentliche Krankheitseinsicht für die Zeit der acuten Psychose.

Was die specielle Aetiologie der senilen Psychosen anbetrifft, so ist nicht selten ein Schlaganfall als nächste Ursache der Psychose nachweisbar und zwar auch in Fällen von vollständiger Rückbildung der hemiplegischen Symptome. Dies gilt besonders für die Fälle von Presbyophrenie, aber auch für Fälle anderer Art trifft es zuweilen zu. So möchte ich besonders einen Fall von Hemiplegie bei einer alten Frau erwähnen, bei der die Psychose den Inhalt eines eigenthümlich gefärbten hypochondrischen Verfolgungswahns hatte. Sie glaubte nämlich, der Verfolger wäre ein Kerl, der neben ihr im Bett läge und sich der gelähmten Körperhälfte bemächtigt hätte.

Der Einfluss des Klimakteriums auf die Entstehung der Psychosen ist bekannt. Einen näheren Zusammenhang mit einer besonderen klinischen Form acuter Psychosen können wir noch am ehesten für die Angstpsychosen in Anspruch nehmen und finden ein Verständniss dafür in den mancherlei vasomotorischen Störungen und Fällen von Angstneurose, welche auch bei sonst normalen Frauen die Zeit des Klimakteriums beschwerlich machen. Andere Male entwickelt sich die Krankheit chronisch mit einem langsamen einschleichenden Stadium des Beziehungswahns oder man beobachtet einen subacuten Ausbruch und schubweise Recidive, die zugleich Verschlimmerungen bedeuten. Die klimakterisch bedingten Psychosen scheinen überwiegend ungünstig zu verlaufen. Doch dürfte auch hier die Form

der Psychose von Einfluss sein, da Sie einen Fall kennen gelernt haben,[1]) der in Reconvalescenz vorgestellt werden konnte und den Grenzfällen zwischen affectiver Melancholie und Angstpsychose angehörte. Ebenso sind mir Fälle von completer Motilitätspsychose des Klimakteriums erinnerlich, die einen günstigen Ausgang genommen haben.

Von Menstrualpsychosen ist schon wiederholt die Rede gewesen. Als specifische Form der Menstrualpsychose haben wir die hyperkinetische Motilitätspsychose kennen gelernt, und ihr nahestehend durch engen Zusammenhang mit der Menstruation die verworrene Manie oder agitirte Verwirrtheit. Ich erinnere Sie daran, dass beide Krankheitsbilder nahe Berührungen unter einander haben, ja einander ersetzen können, und dass sie meist in einer Anzahl von Anfällen in etwa vierwöchentlichen Perioden wiederzukehren pflegen. Doch beobachtet man auch vereinzelte Anfälle der Art, welche in günstigen Fällen ebenfalls innerhalb eines vierwöchentlichen Zeitraumes ablaufen und in vollständige Heilung ohne paranoisches Zwischenstadium übergehen können. Was den Zeitpunkt des Ausbruches, der immer sehr acut erfolgt, betrifft, so ist er überwiegend häufig prämenstrual, zuweilen fällt er in die Zeit der Periode oder mit deren Ende zusammen. Kommt es statt dieses recurrirenden Verlaufes zu einer continuirlichen, länger dauernden Psychose, so bleibt gewöhnlich auch ein paranoisches Stadium, das meist zugleich ein Stadium residuärer Hallucinose ist, zurück, es kann aber auch dann noch zur Restitution kommen. Ausgang in Blödsinn wird man wesentlich nur dann zu fürchten haben, wenn etwa die menstruelle hyperkinetische Motilitätspsychose oder verworrene Manie zugleich als hebephrenische Psychose aufzufassen ist.

Nächst häufig menstruell bedingt und dann ebenfalls zu periodischem oder richtiger recurrirendem Verlaufe neigend sind allerlei Mischformen der Manie. Eine reine Manie auf menstrueller Basis ist verhältnissmässig selten. Von den Mischformen sind besonders eine maniakalische Allopsychose und eine maniakalisch-hyperkinetische Allopsychose anzuführen, also Krankheitsbilder, die im Uebrigen dem Typus der verworrenen Manie oder agitirten Verwirrtheit entsprechen würden, aber ausserdem noch eine allopsychische Desorientirung aufweisen. Auch die zornmüthige Manie ist hier zu erwähnen, jene Mischung von Angstpsychose und maniakalischen Symptomen, die ich schon früher gelegentlich ge-

---

1) Vgl. Fall 22 Heft 3 der „Krankenvorstellungen“.

schildert habe. Da auch die agitirte Melancholie eine gemischte Psychose mit Bestandtheilen theils der Manie, theils der Angstpsychose darstellt, so ist es vielleicht nöthig, den Begriff der zornmüthigen Manie noch etwas näher zu präcisiren. Die zornmüthige Manie bewahrt im Allgemeinen das Gepräge der Manie, die agitirte Melancholie dagegen lässt trotz des Rededranges und der Ideenflucht in keinem Augenblicke vergessen, dass sie eine Angstpsychose ist. So finden wir bei der zornmüthigen Manie das anspruchsvolle, herrische, brutale, unter Umständen auch obscöne Verhalten der maniakalisch Kranken, meist auch ausgesprochene Grössenideen und wenigstens zeitweilig eine krankhafte Euphorie. Die Differenzialdiagnose hat sich deshalb hauptsächlich gegen die Manie zu richten, ist aber freilich auch in dieser Beziehung meist sehr leicht. Rededrang und Ideenflucht werden durch hallucinirte Angstvorstellungen häufig abgelenkt und unterbrochen, Beziehungswahn, zuweilen Annäherungsfurcht und ausserdem Hypermetamorphose machen sich geltend, alles Symptome, die der reinen Manie fremd sind. Dass auch die zornmüthige Manie häufig einen recurrirenden Typus zeigt und zwar nicht nur bei menstrueller Aetiologie, habe ich schon angeführt. Relativ selten, aber doch noch häufig genug kommen akinetische Motilitätspsychosen und Angstpsychosen in deutlichem Zusammenhang mit der Menstruation vor.

Die Menstrualpsychosen stehen im Allgemeinen hinsichtlich ihrer Heilbarkeit in einem übleren Rufe, als sie es verdienen. Besonders sind es wohl die periodischen Fälle und die aus früherer, in der Behandlung weniger sorgfältigen Zeit stammenden Erfahrungen, welche zu diesem ungünstigen Urtheil Anlass gegeben haben. Nach meiner Erfahrung pflegen die meisten Fälle auch nach mehrfachen Recidiven schliesslich zu heilen, aber allerdings ist eine besonders sorgfältige Behandlung dabei nöthig. Bekanntlich ist bei schwerer erblicher Belastung die recidivirende Manie, zum Theil auch im Anschluss an die Pubertätsentwickelung oder das erste Auftreten der Menstruation, nicht selten zu beobachten. Solche Fälle, die, wie ich wiederholt betont habe, mit Unrecht den Namen der periodischen Manie tragen, mögen zum Theil mit den Menstrualpsychosen verwechselt worden sein.

Meine Herren! Von Puerperalpsychosen ist Ihnen allen die Puerperalmanie am geläufigsten. Sie haben aber erfahren, dass die hyperkinetische Motilitätspsychose, die man offenbar bisher nicht von der Manie zu scheiden wusste, die häufigste Form der Puerperalpsychose darstellt. Sehr bemerkenswerther Weise pflegen auch

die puerperal bedingten Fälle der hyperkinetischen Motilitätspsychose mehrmals in etwa vierwöchentlichen Zeiträumen zu recidiviren, und zwar sind dies die im Allgemeinen günstiger verlaufenden Fälle. Etwa ebenso häufig nämlich ist der erste Anfall puerperaler hyperkinetischer Motilitätspsychose nur der Anfang einer cyklischen oder schliesslich, wenn der regelmässige Typus sich verwischt, einer completen Motilitätspsychose, und diese Fälle sind, besonders wenn es nicht bei einem einmaligen Turnus bleibt, immer sehr ernst zu beurtheilen. Seltener als diese Fälle, aber immer noch ziemlich häufig anzutreffen sind die von vornherein akinetischen Motilitätspsychosen. Verhältnissmässig selten ist die reine Manie, es scheint aber, dass ein rascher günstiger Verlauf diese Fälle auszeichnet. Im Uebrigen scheinen es überwiegend schwere Krankheitsbilder von Psychosen zu sein, die sich an das Puerperium anschliessen, besonders dann, wenn ausser dem Puerperium noch andere Schädlichkeiten, wie überreichliche Lactation, fieberhafte Complicationen oder eine schmerzhafte Mastitis den Kräftezustand besonders stark reducirt haben. Beispielsweise kommen die schwersten hypochondrischen Psychosen, auch mit allopsychischer Desorientirung, auf dieser Grundlage vor. Dem günstigen Rufe, in welchem die Puerperalpsychosen hinsichtlich ihrer Heilbarkeit im Allgemeinen stehen, wird der erfahrene Fachmann keinesfalls beistimmen können.

Meine Herren! So summarisch die Uebersicht ist, die ich Ihnen im Vorstehenden gegeben habe, so werden Sie doch daraus ersehen, welchen Nutzen auch die ätiologische Betrachtungsweise für die Kenntniss und das Verständniss der Psychosen bietet. Sie werden aber auch überall den Satz bestätigt gefunden haben, den ich Ihnen so oft und reichlich einzuprägen suchte, dass die ätiologische Betrachtung nur dann einen Nutzen gewährt, wenn wir sie von der klinischen Begriffsbestimmung der verschiedenen Psychosen streng trennen und nicht etwa den Anspruch machen, bestimmte klinische Formen von ausschliesslicher ätiologischer Bedingtheit künstlich zu construiren.

Vielleicht empfiehlt es sich, an dieser Stelle die ätiologischen Momente nach ihrer Bedeutung zu classificiren. Wir hätten dann allen Grund, bei jedem Krankheitsfall die allgemeine Aetiologie und die specielle Aetiologie, und zwar diese im Sinne der nächsten auslösenden Ursache aus einander zu halten. Es kommt nicht so selten vor, dass entweder die eine oder die andere Art ätiologischer Einwirkung vermisst wird, ebenso häufig sind beide nach-

weisbar, oder die gleiche Schädlichkeit kann ebensowohl der allgemeinen als der speciellen Aetiologie zugerechnet werden.

Schon oben habe ich erwähnt, dass ich die Erschöpfungspsychosen als eine besondere Gruppe nicht anerkennen kann, weil irgend ein erschöpfendes Moment bei der grossen Mehrzahl der acuten Psychosen als nächste Ursache der Krankheit nachzuweisen ist. Dagegen kann ein deliranter Zustand bei Inanitionszuständen anerkannt werden. Wir nähern uns damit dem Gebiet der symptomatischen Psychosen, d. h. solcher Psychosen, welche in ihrem Auftreten und Verlauf eine unverkennbare Abhängigkeit von anderen körperlichen Erkrankungen zeigen. Jedes Fieberdelirium würde in diesem Sinne als symptomatische Psychose aufzufassen sein, besser wohl aber als psychotischer Zustand den eigentlichen Psychosen entgegengesetzt werden. Allen diesen deliranten Zuständen scheinen ausser den bekannten Symptomen der Hallucinationen, besonders der traumhaften, gelegentlicher Angstvorstellungen und einer mehr oder weniger an Jactation erinnernden Bewegungsunruhe immer auch wenigstens zeitweise eine allopsychische Desorientirung eigen zu sein.

Im Uebrigen bedürfen die symptomatischen Psychosen noch eines genaueren Studiums nach den Gesichtspunkten, die Sie hier in meiner Klinik kennen gelernt haben. Nach den wenigen Erfahrungen, über welche ich verfüge, kommen am häufigsten die symptomatischen Angstpsychosen bei dyspnoischen Zuständen im Gefolge von Herz-, Nieren- und Lungenkrankheiten zur Beobachtung, und zwar in allen Graden der Intensität bis zu den einfachen Angstanfällen herab, welche als Angstneurose aufgefasst zu werden pflegen, sobald derartige palpable Läsionen nicht vorhanden sind. Im Uebrigen dürften fast alle klinische Formen gelegentlich symptomatisch zur Erscheinung kommen. So habe ich beispielsweise eine symptomatische affective Melancholie bei Perityphlitis und eine nur dreitägige hyperkinetische Motilitätspsychose bei fieberhafter Erkrankung durch Eiterbildung im Processus mastoideus beobachtet. Ueberwiegend scheinen aber die acuten Infectionskrankheiten zu symptomatischen Psychosen zu disponiren, und zwar am häufigsten unter dem Bilde angstvoll gefärbter deliranter Dämmerzustände. Die durch die schwere körperliche Erkrankung bedingten Symptome des Muskeltremors und der Sprachstörung können dann zur Verwechselung mit deliranten Zuständen der progressiven Paralyse Veranlassung geben. Die Prognose der symptomatischen Psychosen ist ausschliesslich von dem Verlauf der Grundkrankheit abhängig, deren Aussichten freilich nur ungünstig dadurch beeinflusst werden können.

Vierzigste Vorlesung.

Krankheitsverlauf. Körpergewichtscurve. Intensive und extensive Krankheitscurve. Accumulirender und substituirender Verlauf. Ausgang in Tod, in psychische Invalidität, in paranoische Zustände. Inhaltliche Verwirrtheit. Dementia oder Blödsinn und Schwachsinn. Angeborene und erworbene Demenz. Hauptkennzeichen der erworbenen Demenz, Ursachen derselben. Paralytische Demenz, postapoplektische, epileptische, alcoholistische, hebephrenische Demenz.

Meine Herren!

Das Material von Thatsachen, welches ich Ihnen bisher vorgeführt habe, gestattet uns einige allgemeine Betrachtungen über den Verlauf der Psychosen und ihre Ausgänge anzustellen. Wir waren davon ausgegangen, chronische und acute Psychosen zu unterscheiden. Ein näheres Eingehen auf diese Unterschiede des zeitlichen Verlaufes hat aber bald ergeben, dass acute Krankheitsbilder auch bei den nach dem Maassstab der Zeit als chronisch anzusehenden Fällen zeitweilig häufig anzutreffen sind. Dieser Umstand findet in acuten Schüben, welche den chronischen Verlauf unterbrechen, ausserdem aber auch in dem Hinzutreten von Symptomen, die an sich oder in ihren praktischen Consequenzen schwere Affecte mit sich führen, seine Erklärung. Immer werden wir einen continuirlichen, nicht von freien Zeiten unterbrochenen Verlauf zur Bedingung machen müssen, um eine Psychose als chronisch anzuerkennen. Die sogenannten periodischen Psychosen, welche in Wirklichkeit recurrirende oder recidivirende Psychosen sind, werden wir also nicht zu den chronischen Psychosen rechnen dürfen, mögen auch die Recidive so nah auf einander folgen, dass die praktische Bedeutung dieses Unterschiedes aufhört. Im Allgemeinen haben die chronischen Psychosen einen ascendirenden Verlauf, d. h. sie führen zu mehr und mehr zunehmender Desorientirung. Dies gilt besonders dann, wenn man die Fälle chronischer Geistesstörung, welche nach acuten Psychosen zurückbleiben, von

den eigentlichen chronischen Psychosen unterscheidet, wie ich das früher gethan habe. Rechnet man dagegen letztere, einem allgemeinen medicinischen Sprachgebrauch folgend, ebenfalls zu den chronischen Psychosen, so können wir auch einen descendirenden Verlauf unterscheiden, wenn nicht etwa der Zustand unverändert stabil bleibt, was nur selten der Fall sein dürfte. Der descendirende Verlauf ist dann gleichbedeutend mit der allmählichen Wiedergewinnung der Orientirung, ohne dass sie immer vollständig erreicht wird.

Die acuten Psychosen müssten wir nach dem zeitlichen Verlauf in die Unterabtheilungen der peracuten, der acuten und der subacuten Psychosen unterscheiden. Von praktischer Wichtigkeit ist namentlich die letztere Unterscheidung, welche wir jedoch nur dann für anwendbar erachten wollen, wenn es sich darum handelt, ein Krankheitsbild von an sich acuter Färbung, das sich aber dennoch zeitlich langsam entwickelt hat, von den chronischen Psychosen zu unterscheiden. So entwickeln sich z. B. die paralytischen Psychosen meist subacut. Die praktisch weniger ins Gewicht fallende Unterscheidung eines peracuten Krankheitsbeginnes findet namentlich auf die sogenannten transitorischen Psychosen eine Anwendung. Wollte man alle Fälle, welche innerhalb 24 Stunden ein schweres Krankheitsbild produciren, hierher rechnen, so würde schon ein erheblicher Procentsatz aller acuten Psychosen darunter fallen. Freilich muss dabei von Prodromalsymptomen rein körperlicher Art, wie Schlaflosigkeit, Abgeschlagenheit der Glieder, Kopfschmerzen, Uebelbefinden u. dergl. mehr, abgesehen werden. Zu den Seltenheiten gehören Fälle wie der früher erwähnte[1]) des Fräulein v. F., in welchem eine acute Psychose von einem bestimmten Augenblicke ab, hier dem des Erwachens aus dem Schlafe, in voller Höhe bestand, um dann weiterhin einen descendirenden Verlauf zu zeigen. Solche Fälle werden wir vielleicht mit vollem Recht als apoplektiform betrachten müssen und werden dadurch unwillkürlich an ebenfalls seltene Fälle von Polyneuritis erinnert, in denen auch apoplektiform das volle Krankheitsbild hereinbricht. Auch diese ganz acut einsetzenden Fälle verharren eine gewisse Zeit auf der Krankheitshöhe, ehe sie weiterhin descendirend verlaufen. Selbstverständlich können sie aber auch tödtlich oder in Demenz auslaufen.

Die grosse Zahl der acuten Psychosen, bei denen der Krankheitsbeginn sich innerhalb der durch die ebengenannten Grenzfälle gebildeten Gegensätze vollzieht, entspricht immerhin einer Art der

---

1) Vgl. S. 307.

Krankheitsentwickelung, die im Vergleich zu den körperlichen Krankheiten verhältnissmässig langsam vor sich geht, so dass sie eigentlich mehr in gewissen chronischen Krankheiten wie etwa der Phthisis pulmonum ihr Analogon finden. Dementsprechend zeigen die meisten acuten Psychosen, besonders aber alle subacuten, zunächst einen ascendirenden Verlauf. Ein Beispiel dafür giebt uns die acute Hallucinose, welche zugleich vortrefflich geeignet ist, den Sinn der vorangegangenen Sätze zu illustriren. Dieses seiner Affectfärbung nach anscheinend rasch zu voller Krankheitshöhe gelangende Krankheitsbild zeigt doch insofern einen ansteigenden Verlauf, als der physikalische und bald auch altruistische Verfolgungswahn sich im Verlauf von Wochen mehr und mehr heranbildet, so dass im paranoischen Stadium ein gewisser höchster Grad der allopsychischen Desorientirung erreicht wird, während zugleich die Symptome, die diese Wirkung hervorbringen mussten, abzuklingen beginnen. Letzteres Verhalten ermöglicht die Wiederkehr der Orientirung und dadurch einen weiterhin descendirenden Verlauf. Nach mehrfachen Anfällen der Art kommt es dann häufig zu einem Anfall von ungünstigem Ausgang. Dieser wird dadurch bedingt, dass die Elementarsymptome, statt abzuklingen, andauern und sogar noch zunehmen, so dass der Nachlass des Affectes nur durch die Gewöhnung und Accomodation an die äusseren Verhältnisse bedingt ist. Dieser letztere Verlauf vollzieht sich also continuirlich ascendirend und führt zu immer weiterer Entfremdung von der Wirklichkeit. Man könnte diese Verlaufsform wegen ihrer verhängnissvollen Bedeutung auch als den progressiven Verlauf von acuten Psychosen kennzeichnen, und Sie erinnern sich, dass ich von acuten progressiven Psychosen in diesem Sinne wiederholt gesprochen habe. Kommt es nach dem Höhestadium der acuten Psychose zu einem descendirenden Verlauf, so haben wir es ersichtlich mit den von Alters her bei allen acuten körperlichen Krankheiten unterschiedenen drei Stadien, einem Stadium incrementi, acmes und decrementi zu thun.

Im Uebrigen hatte der geschilderte Verlauf noch die Eigenschaft, continuirlich zu sein. Es giebt indessen nicht nur einen continuirlichen, sondern auch einen remittirenden und intermittirenden Verlauf. Intermittirend werden wir eigentlich den Verlauf schon in jedem Falle bezeichnen müssen, wo es zu einem oder mehreren luciden Intervallen kommt. In diesem Sinne könnte man also vielen Fällen von Manie und verworrener Manie einen intermittirenden Verlauf zuschreiben. Indessen empfiehlt es sich, diese Intermissionen von kürzester Dauer für die Praxis zu ignoriren.

Wir würden dann einen intermittirenden oder auch recurrirenden Verlauf nur in solchen Fällen anzunehmen haben, in welchen sich eine Kette von einzelnen Anfällen an einander reiht, wie es z. B. bei der hyperkinetischen Form der Menstrualpsychose der Fall ist. Die Intermissionen müssen hier um so mehr der eigentlichen Krankheitszeit zugerechnet werden, als sie zum Theil durch Zustände körperlicher, zuweilen aber auch geistiger Erschöpfung ausgefüllt werden. Dass in solchen Intermissionen, welche nicht zu voller Krankheitseinsicht führen, die Bezeichnung Intermission im strengeren Sinne überhaupt nicht zutrifft, bedarf keiner Erörterung. Solche Fälle würden also Beispiele eines remittirenden Verlaufstypus sein. Zuweilen zeigen chronisch ascendirende Psychosen einen intermittirenden Beginn. So bildeten z. B. zwei distincte Anfälle eines deliranten Zustandes die Vorläufer eines primären Grössen- und consecutiven Verfolgungswahnes bei einem 35 jährigen Manne, der kein Potator war. In Fällen der Art geht die in der ersten Intermission vorhandene Krankheitseinsicht in den darauf folgenden Intermissionen verloren. Dadurch wird der Verlauf remittirend, oder wohl richtiger, staffelförmig ansteigend. Der remittirende Verlauf ist häufig zugleich ein staffelförmig ansteigender oder auch absteigender. Die meisten Angstpsychosen sind Beispiele eines solchen remittirenden Verlaufes, in denen die Angst und die darauf beruhende autopsychische Desorientirung zwar meist continuirlich besteht, aber in Anfällen gesteigert wird, die zu allopsychischer Rathlosigkeit und den entsprechenden, in Phoneme gekleideten allopsychischen Angstvorstellungen führen. Von diesem fluctuirenden, besser aber wohl remittirenden Verlaufe der Angstpsychosen ist wiederholt die Rede gewesen.

Meine Herren! In den so eben gemachten Bemerkungen werden Sie das Bestreben erkannt haben, den Verlauf der Psychosen gewissermaassen in Form einer Curve auszudrücken. In der That würde es ein grosser Fortschritt sein, wenn wir von diesen oft über Jahre sich erstreckenden Krankheiten durch Anfertigung einer zutreffenden Krankheitscurve einen raschen und sofort orientirenden Ueberblick gewinnen könnten. Nur dürfen wir uns die Schwierigkeiten nicht verhehlen, welche einem solchen Unternehmen entgegenstehen. Nach welchen Kriterien könnten wir eine derartige Curve construiren, wenn wir es vermeiden wollen, in Willkür zu verfallen? Sicher müssen es objectiv greifbare Daten sein, die wir ausschliesslich verwerthen dürfen. Solche Daten finden wir beispielsweise in dem Verhalten des Körpergewichts vor, und nach meinen Bemerkungen über den

merkwürdigen Einfluss der Geisteskrankheiten auf die Ernährung und den Stoffwechsel[1]) werden Sie nicht besonders erstaunt sein, wenn ich Ihnen als nächstliegende Methode, eine solche Curve zu construiren, diejenige anführe, die Daten des Körpergewichts als Ordinatenhöhen zu verwerthen. In der That giebt es eine grosse Zahl von Krankheitsfällen, bei welchen eine derartig construirte Curve für den ersten Anblick ein oft überraschend treues Gegenstück der Krankheitscurve zu sein scheint, überraschend treu insofern, als alle Schwankungen des Verlaufes, die klinisch hervorgetreten waren, in umgekehrten Schwankungen der Körpergewichtscurve sich gewissermaassen zu spiegeln scheinen. Auch bei den acuten Schüben chronischer Psychosen kommt dieses Verhalten oft sehr ausgeprägt zum Vorschein. Ferner beobachtet man bei einem recurrirenden Verlauf acuter Psychosen, z. B. der hyperkinetischen Motilitätspsychose oder der zornmüthigen Manie, nicht selten, dass die Körpergewichtscurve in den Zwischenzeiten zwischen den Anfällen staffelförmig ansteigt, während zugleich die klinische Form der Anfälle milder wird, bis dann ein continuirlicher Anstieg die definitive Heilung anzeigt. Indessen beobachtet man Abweichungen von diesem Verhalten, ohne dass immer intercurrente Krankheiten oder zufällige Complicationen eine Erklärung dafür geben, und schon das häufige Vorkommen solcher Complicationen würde der Verwerthung der Körpergewichtscurven als Krankheitscurven häufig hinderlich im Wege stehen. Ein Blick auf die chronischen Psychosen lehrt ausserdem, dass bei diesen häufig genug das Allgemeinbefinden in keiner Weise in Mitleidenschaft gezogen wird. Wir werden also zwar den praktischen Werth der Körpergewichtscurve als Spiegelbild der Krankheitscurve für die meisten Fälle von acuten Psychosen anerkennen, aber auch nicht überschätzen dürfen und vor allen Dingen a priori zugeben, dass ihr wissenschaftlicher Werth vorläufig zweifelhaft ist.

Auch theoretische Erwägungen weisen uns auf andere Gesichtspunkte hin. Wir müssen offenbar bei den Psychosen wie allerwärts zwischen Intensität und Extensität des Krankheitsvorganges unterscheiden. Dementsprechend wird für jeden Fall eine besondere Curve für die Intensität und Extensität construirt werden müssen. Was wir unter Extensität zu verstehen haben, ist nicht schwer zu sagen: es ist ebenso die Zahl der besonders zu unterscheidenden Elementarsymptome als die dadurch bedingten Veränderungen des Bewusstseinsinhaltes, oder mit anderen Worten der Umfang und der

---

1) Vgl. S. 161.

Grad der Desorientirung. Wir kennen Psychosen, die in ihrem ganzen Verlaufe hinsichtlich der Extensität ein gleichbleibendes Verhalten zeigen, bei welchen auch die Desorientirung nur dem Grade nach, nicht dem Umfange nach schwankt. So ist die affective Melancholie und die reine Manie in ihrem ganzen Verlaufe der gleiche Symptomencomplex. Die damit einhergehende Desorientirung, d. h. die Selbstunterschätzung oder der Kleinheitswahn, die Selbstüberschätzung oder der Grössenwahn, bleibt nicht nur auf das Gebiet der Persönlichkeit beschränkt, sondern bevorzugt auch in diesem ein für alle Mal bestimmte Gedankenrichtungen. Es sind wesentlich Schwankungen in dem Grade der Orientirung, die sich dabei geltend machen, und diese zeigen noch dazu eine unverkennbare Abhängigkeit von dem Grade des Affectes, wie sie denn auch ihre Herleitung aus dem Affect schon durch die von uns angewandten Namen der autopsychischen Angstvorstellungen — wir könnten sie auch Unglücksvorstellungen nennen — und der Glücksvorstellungen verrathen. In Folge davon genügt eine intensive Curve für diese Fälle, um den Krankheitsverlauf vollständig darzustellen. Den Gegensatz zu diesen Fällen bietet die allmähliche Summation von Elementarsymptomen und inhaltlichen Veränderungen in rein chronisch verlaufenden Psychosen. Für solche Fälle wird eine rein extensive Curve den Krankheitsverlauf vollständig wiederzugeben im Stande sein. Dieses Verhältniss könnten wir auch so ausdrücken, dass wir das eine Mal die extensive, das zweite Mal die intensive Curve der Abscissenachse parallel verlaufend setzen.

Meine Herren! Aus der Uebersicht, welche ich Ihnen am Schlusse der Krankenvorstellungen gegeben habe, werden Sie entnommen haben, dass die von mir als sogenannte Grundformen oder einfache Psychosen unterschiedenen Fälle überwiegend den gleichen Symptomencomplex während ihres ganzen Verlaufes zeigen. Für alle diese Fälle wird deshalb die Intensitätscurve von überwiegender Wichtigkeit sein. Jedoch trifft dies nur im weitesten Sinne zu, im Einzelnen finden wir vielfach auch Schwankungen der Extensität, ich erinnere nur an die Fälle von intestinaler Somatopsychose, welche sich rasch zur fast totalen Desorientirung über den eigenen Körper steigerten. Es wird also für die grosse Mehrzahl der acuten Psychosen überhaupt unerlässlich sein, beide Curven herzustellen. Greifen wir auf das schon oben erwähnte Beispiel der acuten Hallucinose zurück, so setzt sich der oben seinem Gesammteindruck nach geschilderte Verlauf aus zwei ganz verschieden gestalteten Curven zusammen. Die acute erste Zeit der Krankheit entspricht offenbar

der grössten Intensität, wie auch der verzweifelte Entschluss zum Selbstmord als rein äusserlicher Index dafür betrachtet werden kann. Diese Intensität pflegt während des Anstaltsaufenthaltes, auch wohl in Folge desselben merklich herunterzugehen, zeigt übrigens gelegentliche Exaltationen, die sich an äussere Anlässe, wie z. B. eine Situationsänderung, anschliessen können. Schliesslich verliert sich mehr und mehr der Affect, und die Intensitätscurve nähert sich ziemlich rasch der Abscissenachse. Die oben gegebene summarische Darstellung des Krankheitsverlaufes konnte diesem Verhalten nicht Rechnung tragen, sie entspricht offenbar einer einseitigen Berücksichtigung der extensiven Krankheitscurve, welche im Allgemeinen eine entgegengesetzte Form aufweist wie die intensive, d. h. ascendirend verläuft und sich erst später mehr oder weniger rasch der Abscisse nähert. Aus diesem Beispiel ersehen wir zugleich, welchen Maassstab wir besitzen, um die Intensität der Krankheit vorzustellen. Es ist ausschliesslich der Affect, welcher hierfür in Betracht kommt, für dessen Gradverschiedenheiten wir im Allgemeinen auch ein gutes Unterscheidungsvermögen besitzen. Was Angst, Unglücksgefühl, Verzweiflung, Fassungslosigkeit sind, drängt sich jedem Beobachter ohne weitere Ueberlegung auf. Ich muss nur darauf aufmerksam machen, dass der tiefere Sinn unserer Intensitätscurve es erfordert, alle diese verschiedenen Grade des Affectes als Ausdruck des einen Grundaffectes aller acuten Psychosen, der Rathlosigkeit, aufzufassen. Ich glaube sogar, dass die krankhafte Euphorie der Maniaci zum Theil auf Rathlosigkeit zurückzuführen ist, sicher aber kann bei anderen maniakalischen Zuständen, wie z. B. maniakalischen Allopsychosen, die sichtliche Heiterkeit und die Neigung zum Lachen häufig darauf zurückgeführt werden, dass die Kranken die vermeintlich veränderte Situation komisch finden. Ausdrücklich möchte ich aber betonen, dass diejenigen Affecte, welche nicht auf Rathlosigkeit zurückzuführen sind, für die Construction der Intensitätscurve unverwerthet bleiben müssen. Bestimmtere Angaben über die Form der beiden Curven und ihr Verhältniss zu einander bei den verschiedenen Psychosen, die Ihnen etwas näher bekannt geworden sind, möchte ich absichtlich unterlassen, da dieser Theil unserer klinischen Aufgabe noch durchaus in der Entwickelung begriffen ist. Ich beschränke mich auf die Andeutung, dass das Verhalten des Körpergewichts überwiegend von der intensiven Curve abhängig und die Prognose des Einzelfalles von dem Verhältniss der beiden Curven zu einander bedingt erscheint.

Meine Herren! Bei der extensiven Curve ist noch eine Besonder-

heit zu erwähnen, die zur Kennzeichnung aller derjenigen Psychosen, bei denen sie überwiegend wichtig ist, unentbehrlich ist. Wir haben oben gesehen, dass die Mehrzahl der acuten Psychosen zunächst einen ascendirenden Verlauf nimmt. Für die extensive Curve kommt dies gewöhnlich einer Summirung von Krankheitssymptomen gleich, so dass wir von einem accumulirenden Verlauf der Krankheit sprechen können. Sie erinnern sich nun meiner Schilderung der zusammengesetzten Psychosen. Betrachten wir diese jetzt in Beziehung auf ihre intensive und extensive Curve, so werden wir den reinsten Typus zusammengesetzter Psychose dann vor uns haben, wenn die auf einander folgenden Krankheitsbilder nicht durch eine Cumulation von Symptomen, sondern durch eine Art gegenseitiger Ablösung verschiedener Symptomencomplexe zu Stande gekommen sind. Wir müssen demnach ausser einem cumulativen einen substituirenden Verlauf unterscheiden und sehen, dass letzterer sich nur auf die extensive Curve bezieht. Die Schwierigkeit, auf die ich bei Gelegenheit der zusammengesetzten Psychosen schon aufmerksam gemacht habe, dass eine spätere Phase der Krankheit einfach als die Steigerung einer früheren aufzufassen sein kann, erscheint durch diese Betrachtung in einem besonderen Licht. Vielleicht wäre es sogar richtig, den Begriff der zusammengesetzten Psychosen ausschliesslich auf solche Fälle zu beschränken, die durch ein substituirendes Verhalten der extensiven Curve ausgezeichnet sind. Man könnte sich vielleicht verschiedener Farben bedienen, um die inhaltliche Verschiedenheit der Symptome in diesen Fällen auch an der Curve anzudeuten.

Meine Herren! Ich komme nun zu einem kurzen zusammenfassenden Ueberblick der Ausgänge der Psychosen und ergreife die Gelegenheit, auf einen Punkt hinzuweisen, den ich nirgends genügend hervorgehoben finde. Die Psychosen, die, in nicht zu engem Sinne gefasst, so häufig sind, dass mindestens zwei pro mille der Bevölkerung auf die Behandlung in Irrenanstalten angewiesen sind, gehören zu den gefährlichsten und das Leben sehr bedrohenden Krankheiten. Schon die Statistik der grossen Irrenanstalten ergiebt, wenn sie nicht etwa ausschliesslich Bewahranstalten für chronische Fälle sind, eine Mortalität von etwa zehn Procent der Fälle. Rechnen wir dazu noch die Unzahl der Selbstmorde, die von nicht rechtzeitig bewahrten Geisteskranken ausserhalb der Anstalten ausgeführt werden, so erhalten wir eine Mortalitätsziffer, die an diejenige der schwersten chirurgischen Eingriffe heranreicht. Der Ausgang in Tod gehört bei allen acuten Geisteskrankheiten zu denen, mit denen man von vornherein rechnen muss. Dieser Ausgang wird einmal durch Zwischen-

fälle, die die Folge der Unberechenbarkeit der Kranken sind, wie Selbstbeschädigungen u. dergl. mehr, herbeigeführt, dann aber auch durch den Krankheitsprocess an sich, wie ich schon wiederholt betont und mit Beispielen belegt habe. Das in solchen Fällen zuweilen vorhandene Fieber findet oft — auch bei der Section — keine andere Erklärung, als durch den Krankheitsvorgang im Gehirn selbst. Zwischen diesen beiden Extremen liegt eine grosse Zahl von Krankheitsfällen, in denen der Tod als Folge ungenügender Ernährung, mangelnden Schlafes und fortgesetzter motorischer Unruhe, also durch Inanition in Folge gesteigerten Verbrauchs erklärlich wird, und endlich sind die Complicationen mit Wundkrankheiten und inneren Krankheiten zu erwähnen.

Der entgegengesetzte Ausgang in vollständige Heilung ist nur bei den acuten oder subacuten Psychosen anzutreffen. Er ist glücklicher Weise bei Weitem häufiger, als in Laienkreisen bekannt ist, und beträgt im Durchschnitt mindestens 30 Procent. Der Heilung nahestehend ist der Ausgang in psychische Invalidität, z. Th. von anderen Autoren als Heilung mit Defect bezeichnet. Diese Invaliden sind zwar ohne nachweisliche gröbere Defecte geheilt, aber nicht widerstandsfähig genug, um ohne Hilfe Anderer selbstständig in der Freiheit zu existiren. Jede Widerwärtigkeit, die ihnen zustösst, setzt sie der Gefahr eines Rückfalles aus, und besonders pflegen Hallucinationen, meist im Sinne des Beziehungswahns, in diesen affectvollen Zuständen leicht aufzutreten. Die Folge davon ist, dass diese Kranken nach wiederholten Versuchen der Entlassung endlich dauernd in den Irrenanstalten verbleiben, wo sie die nöthige Schonung und Rücksicht und auch Gelegenheit zu einer nützlichen Thätigkeit finden.

Der Ausgang in paranoische Zustände hat uns früher ausführlich beschäftigt. Dass es hier zweckmässig ist, die beiden Fälle der zurückbleibenden einfachen chronischen Geistesstörung und der sich weiter entwickelnden chronischen Psychosen zu unterscheiden, will ich nochmals betonen.[1] Der erstere Fall nimmt hauptsächlich zwei verschiedene Formen an. Das eine Mal finden wir nach Ablauf der acuten Psychose gewisse Elementarsymptome noch entweder dauernd oder zeitweilig fortbestehen und die Wiedergewinnung der Krankheitseinsicht verhindern, hauptsächlich sind es Phoneme und Beziehungswahn. Wir haben solche Fälle früher als residuäre Hallucinose gekennzeichnet. Dem gegenüber zeigen andere Fälle ein reines

---

1) Vgl. S. 102.

Bild von dem Endergebniss jeder acuten Psychose, der Fälschung des Bewusstseinsinhaltes, natürlich auch ohne Krankheitseinsicht, aber oft auch ohne alle acuten Elementarsymptome. Diesen Ausgang können wir als Bewusstseinsfälschung oder inhaltliche Verwirrtheit bezeichnen. Der Ausdruck Verwirrtheit ist für diesen Zustand, bei dem wir oft auf eine wohl erhaltene formale Logik treffen, deshalb angemessen, weil jede umfänglichere Fälschung des Bewusstseinsinhaltes den Anschein der Verwirrtheit hervorrufen muss. Die Voraussetzung der Uebereinstimmung des gedanklichen Materials, welche für das gegenseitige Verständniss der Menschen nothwendig ist, fällt hier fort, und dadurch werden die Kranken trotz an sich richtiger und logischer Denkoperationen für uns unverständlich. Natürlich gewinnen auch die Ausdrücke der Sprache für diese Kranken vielfach einen anderen Sinn, und besonders bedienen sie sich zuweilen einer Anzahl von technischen Ausdrücken, die nur für ihren eigenen Gebrauch erfunden sind und den Anschein der Verwirrtheit noch verstärken müssen. In dem Ausdruck „Stimmen" haben Sie einen solchen weit verbreiteten technischen Ausdruck schon kennen gelernt. Es giebt noch manche, ebenfalls in merkwürdig übereinstimmender Weise von den Geisteskranken angewandte derartige Ausdrücke. So bedienen sich viele des Ausdrucks „Spiegelsprache", um zu bezeichnen, dass ihre eigenen Gedanken auf eine ihnen unerklärliche Weise — etwa durch Spiegelung — Anderen bekannt geworden sind. Aus einem Schriftstück entnehme ich ferner folgende kleine Probe: „Erkrankung wegen Entziehung Meiner körperlichen Regulirung und Meines Panzers im bürgerlichen Stande. Die Sammlung der verlorenen Machtuhren, die Mir Mein hoher Vater mitgab, Wäscheausstattungs-Machtuhr, Schatzuhr, Garderobenuhr, Erkrankungsuhr, Gesundheitserhaltungs-Machtuhr u. s. w. ist in vollem Umgange. Weil es mein bürgerlicher Stand nicht erlaubte, das noch gegenwärtig regierende kaiserliche Haus zu besuchen, bin Ich in die Anstalt für Irrenkranke beordert worden, um das Ende der Sammlung meiner Mächte und die vollständige körperliche Panzerung hier abzuwarten. Majestät Elisabeth Margaretha, nach meines Erziehers Zeitrechnung geboren d. 15. Februar 1868."

Etwas eingehender muss der wichtige Ausgang in Dementia, d. h. Blödsinn oder Schwachsinn, besprochen werden, da dasselbe Symptomenbild auch primär als selbstständige Krankheit nicht selten vorkommt.

Meine Herren! Wir unterscheiden eine angeborene und erworbene Demenz. Nur die letztere, welche auch den Ausgang vieler

Geisteskrankheiten bildet, soll uns hier näher beschäftigen. Hinsichtlich der ersteren beschränke ich mich darauf, Sie auf die Darstellungen von Emminghaus[1]) und Meynert[2]) zu verweisen, bei Letzterem finden Sie namentlich auch die Verbildungen des Schädels in ihren Haupttypen geschildert. In gleiche Linie mit dem angeborenen Blödsinn muss der in früher Kindheit erworbene gestellt werden, weil er ebenso wie ersterer die weitere Entwickelung des Gehirns verhindert. Dem Grade nach lassen sich bei dem angeborenen oder frühzeitig entstandenen Blödsinn nach Emminghaus, dem wir uns anschliessen können, drei Abstufungen unterscheiden, je nachdem die geistige Entwickelung auf dem Standpunkt der frühesten Kindheit stehen bleibt: Idiotie, oder auf dem der späteren Kindheit: Halbidiotie, oder erst als Unfähigkeit zur Erreichung der vollen geistigen Reife von der Pubertätszeit ab zu Tage tritt: Imbecillität. Die Abgrenzung dieser drei Grade gegen einander ist natürlich nur künstlich und in vielen Grenzfällen überhaupt nicht durchzuführen. Im Uebrigen ist sie aber praktisch gut verwerthbar.

Meine Herren! Gehen wir nun zur Betrachtung der erworbenen Demenz über, so bedarf es freilich noch sehr weiterer eingehender Untersuchungen, was wir unter Blödsinn oder Schwachsinn zu verstehen haben. Sicher ist es eine Ausfallserscheinung, ein Defectzustand, und man könnte versucht sein, ausschliesslich den quantitativen Maassstab anzulegen und Blödsinn gleichzusetzen dem Verlust an geistigem Besitzstand oder Bewusstseinsinhalt jeder Art. Doch werden Sie bald das Bedenken haben, dass auch normaler Weise der geistige Besitzstand sehr verschieden ist, wie ich ja selbst bald am Eingang dieser Vorlesungen schon betont habe.[3]) Sie könnten nun meinen, dass wir dann immer noch das Kriterium hätten, eine Verringerung des geistigen Besitzstandes nur dann anzunehmen, wenn dieser nachweislich vorher bedeutender war. Damit hätten wir zu gleicher Zeit den wesentlichen Unterschied zwischen angeborenem und erworbenem Blödsinn gefunden. Aber auch dieses Kriterium unterliegt gewissen Bedenken, denn zweifellos geht auch normaler Weise von dem geistigen Besitzstand Vieles wieder verloren, wie Sie leicht feststellen können, wenn Sie einen älteren Arzt oder Juristen oder Mathematiker in der griechischen Formenlehre exami-

---

1) Die psychischen Störungen des Kindesalters, in Gerhard's Handbuch der Kinderkrankheiten.

2) Siehe das Capitel über angeborenen Blödsinn in den Klinischen Vorlesungen S. 274—297.

3) Vgl. S. 82.

niren wollten. Ein Verlust an positiven Kenntnissen wird also nur dann als krankhaft angesehen werden können, wenn diese vor kürzerer Zeit erworben waren oder in der Zwischenzeit seit der Erwerbung immer wieder aufgefrischt worden sind oder Anwendung gefunden haben. In dem Interesse, je nachdem es für ein bestimmtes Wissensgebiet erhalten geblieben oder verloren gegangen ist, wird sich vielleicht ein verwerthbarer Maassstab für derartige sogenannte Gedächtnissdefecte finden. Immerhin wird eine Einbusse an den gewöhnlichsten, je nach dem Stande oder Bildungsgrade vorauszusetzenden Kenntnissen ein werthvolles Kriterium des erworbenen Blödsinns sein können.

Nur als ausschlaggebend dürfen wir es nicht betrachten, denn es giebt Zustände, in denen hochgradige derartige Defecte bestehen können, die Kranken aber die volle Einsicht dafür haben und dadurch ein gesundes Urtheil bekunden. Wenn diese Kranken ihrem Defect Rechnung tragen und zugleich attent und einer leidlichen Aufmerksamkeit fähig sind, werden wir mit Recht Anstand nehmen, sie als blödsinnig zu bezeichnen. Man hat deshalb von jeher auf die Urtheilsfähigkeit ein besonderes Gewicht gelegt und gemeint, in der verminderten Urtheilsfähigkeit den Hauptbefund des Blödsinns statuiren zu können. In der That muss man anerkennen, dass dieses Kriterium durch den Umstand, dass es ein quantitatives Element in sich einschliesst,[1]) besonders geeignet erscheint, eine Störung der Gedankenthätigkeit — denn auf einer solchen beruht jedes Urtheil — zum Maass der Leistungsfähigkeit des Associationsorganes zu machen. Jedoch wird mit einer Fehlerquelle dabei gerechnet werden müssen. Diese bezieht sich auf das Urtheil, welches die Kranken gegenüber ihren Wahnideen oder überhaupt allen psychotischen Elementarsymptomen gegenüber zeigen. Ebensowenig wie man verlangen kann, dass ein Kranker dem Zeugniss seiner Sinne misstraut und eine Hallucination deshalb, weil sie mit anderen Erfahrungen contrastirt, als nicht wirklich und krankhaft erkennen sollte, kann man überhaupt einer Wahnidee gegenüber, sie mag inhaltlich noch so unsinnig sein, ein freies Urtheil verlangen. Wer dies dennoch thut, und Sie können eine solche Auffassung sehr verbreitet finden, der verkennt das eigentlichste Wesen aller Geisteskrankheiten, welches gerade darin besteht, dass solche gegensätzliche Vorstellungen auftreten und neben einander bestehen können. Allerdings geschieht dies nicht ohne Affect, eben den Affect der Rathlosigkeit, sobald es

1) wie wir bald sehen werden, vgl. S. 545.

sich nicht um ganz langsam einschleichende Gegensätze handelt, wie bei den ganz chronisch verlaufenden Psychosen. Das Bestreben der normalen Bestandtheile des Bewusstseins, diese Gegensätze auszugleichen, ist die uns schon bekannte Grundlage der Systematisirung. Wenn wir früher das Bestehen mehrerer ganz verschiedener, in der Norm sich gegenseitig ausschliessender Vorstellungsgruppen neben einander in demselben Bewusstseinsorgan als Zerfall der Individualität und zugleich als Ausgang einer früher überstandenen Psychose kennen gelernt haben, so habe ich doch gelegentlich immer wieder darauf aufmerksam gemacht, z. B. bei Erwähnung jenes acutesten Anfalles von Hallucinose bei einer Epileptischen,[1]) dass auch in ganz acuten Krankheitsfällen ein analoges Nebeneinander contrastirender Vorstellungen zu beobachten ist. Sogar der wie kein Anderer tief in die Erscheinungen eindringende Geist Meynert's ist dieser Thatsache nicht ganz gerecht geworden. Wenn er z. B. die Wahnideen des Paralytikers schlechthin als blödsinnig charakterisirt und diesen Blödsinn selbst in dem Associationsmangel begründet findet, so geht er darin unzweifelhaft zu weit. „Wenn der Paralytiker sich für einen Reichen, für einen König erklärt, so unterscheidet er sich vom Paranoischen, der fast immer nur Ansprüche darauf erhebt, dadurch, dass er seinen Wahn für Thatsache erklärt. Die wahnhafte Persönlichkeit müsste ja durch bestimmte Attribute sich kennzeichnen. Der Erreichung des Wahnes müsste etwas vorangegangen sein, was er mindestens zu erfinden hätte. Dass der Mangel der Attribute des Reichen, des Königs ihm nicht auffällt, ist ein Associationsmangel.“ Dies die Worte Meynert's.[2]) Wie Sie wissen, ist jedoch dieser Associationsmangel ganz allgemein gegenüber jeder Wahnidee anzutreffen und beruht auf dem fundamentalsten Vorgange aller Geisteskrankheiten, der Sejunction. Es ist dabei verhältnissmässig gleichgültig, woher die Wahnidee entstammt. Gerade das typische Beispiel des „Paranoikers“, der primäre Grössenwahn durch Primordialdelirien, ist in frischeren Fällen, so lange die Confabulationen noch nicht festeren Bestand gewonnen haben, für den Kranken selbst unerklärt, wird aber deshalb nicht weniger als Thatsache betrachtet. Für uns ist dieses Beispiel weiter nichts als ein von vornherein deutliches Ausfallssymptom, die autopsychische Desorientirung, welche bei vorherrschendem Glücksgefühl den Inhalt des Grössenwahns annimmt. Eine solche Desorientirung kann nur auf Lösung von Associationen, dem von uns postulirten

1) Vgl. S. 220.

2) Klinische Vorlesungen S. 222.

Vorgange der Sejunction, beruhen. Handelt es sich statt um Primordialdelirien, um einen Grössenwahn durch autochthone Ideen, wie in den beiden früher erwähnten Fällen[1]) A. und Sch., so ist uns der Mechanismus seiner Entstehung nur um ein Glied mehr bekannt, aber im Uebrigen ebenfalls auf Sejunction zurückzuführen. In diesen Fällen fehlte es an jeder eigentlichen Intelligenzstörung. Auch die Urtheilslosigkeit der mit fixen Ideen behafteten Kranken, z. B. der Querulanten, gegen ihre überwerthige Idee ist nicht anders aufzufassen, und der Standpunkt Hitzig's, der einen Intelligenzmangel und einen gewissen Grad des Schwachsinns darin erblickt, ganz und gar verfehlt. Mit demselben Rechte könnte man die allopsychischen Angstvorstellungen acuter Fälle, die immer einen zur Wirklichkeit contrastirenden Inhalt haben und sich bei wohl erhaltener allopsychischer Orientirung — im engeren Sinne gemeint — siegreich behaupten, als Beweise des Blödsinns deuten. Dass die Wahnideen auf somatopsychischem Gebiet das allerabenteuerlichste Gepräge zeigen können, ohne den Schluss auf eine mangelhafte Urtheilskraft überhaupt zu gestatten, wird Ihnen nach deren besonderer Entstehungsweise am leichtesten verständlich sein. Aus diesen Betrachtungen ergiebt sich die Berechtigung, eine besondere Form der paralytischen expansiven Autopsychose zu statuiren, ohne daraus auf einen vorhandenen Blödsinn zu schliessen. Wo, wie in den meisten Fällen, dennoch ein Blödsinn vorhanden ist, kann er vielfach als vollkommen selbstständige Begleiterscheinung gedeutet werden. Zuweilen aber kommt es vor, und Sie selbst haben einen Kranken der Art gesehen, dass der phantastische Grössenwahn mit einem wohl erhaltenen geistigen Besitzstande und sogar mit guter Merkfähigkeit einhergeht. Sie erinnern sich, dass dieser Kranke[1]) zu gleicher Zeit eine auffällige Krankheitseinsicht documentirte, aber auch seinem Glücksgefühl durch die Aeusserung, eine solche Krankheit könne man sich wohl gefallen lassen, treffenden Ausdruck verlieh. Diese Grössenideen sind also trotz ihrer phantastischen Färbung weiter nichts als ein Seitenstück zu den ebenfalls phantastischen Angstvorstellungen, es sind Glücksvorstellungen.

Aus diesen Betrachtungen werden wir den Schluss ziehen, dass Urtheilsdefecte bei Geisteskranken nur, so weit sie sich auf andere Dinge als ihre Wahnideen oder überhaupt sonst vorhandene psychotische Elementarsymptome beziehen, den Schluss auf Blödsinn oder Schwachsinn — den geringeren Grad des Blödsinns — gestatten.

---

1) Vgl. S. 324ff.

2) Vgl. Fall 25 Heft 3 der „Krankenvorstellungen“.

Mit diesem Vorbehalt aber sind fehlerhafte Urtheile wohl zu verwerthen, z. B. wenn die Kranken bei sonst besonnenem Verhalten nicht im Stande sind, das auffällige Benehmen anderer Geisteskranker richtig als krankhaft zu beurtheilen. Auch in den Absichten für die Zukunft enthüllt sich oft sehr deutlich eine mangelhafte Urtheilsfähigkeit, wie z. B. wenn ein Buchhalter, der einfache Rechenexempel nicht mehr lösen kann, dennoch meint, in seine frühere Stellung zurückkehren zu können. Den besten Prüfstein jedoch für die Urtheilsfähigkeit eines Menschen bilden seine Handlungen, wie wir bald sehen werden.

Der angeborene Blödsinn liefert uns zahlreiche Beispiele dafür, dass er unter Umständen noch ein thätiges und nützliches Leben unter gewissen einfachen Bedingungen ermöglicht. Auf dem Lande findet man allenthalben hochgradig schwachsinnige Individuen, die ihr Leben lang eine bestimmte einförmige Arbeit zur Zufriedenheit leisten können, sobald es nicht nöthig ist, irgend welchen veränderten Bedingungen dabei Rechnung zu tragen. Treten aber einmal unvorhergesehene Umstände auf, so zeigt sich in der verkehrten Handlungsweise der Urtheilsmangel, oft bei Anlässen, die jedes Kind richtig zu beurtheilen im Stande wäre. Beispielsweise hat ein hochgradig Schwachsinniger lange Zeit die Arbeit, das im Walde gehauene und zerkleinerte Holz zu sammeln und auf einem Wagen in den Hof zu fahren, selbstständig besorgt. Eines Tages liegt ein grosser Stein auf dem Wege, gegen den er anfährt, und statt nun diesen Stein wegzuräumen, treibt er sein Gespann immer wieder an und prügelt die Thiere halb todt. Auch für den erworbenen Blödsinn und Schwachsinn werden wir aber besonders die Handlungen, welche unter abgeänderten Bedingungen zu leisten sind, zum Maassstab ihrer Urtheilsfähigkeit benützen können.

In vielen Fällen verräth sich der Schwachsinn durch ein noch leichter zugängliches, gröberes Merkmal, nämlich eine Verringerung der Zahl der Begriffe. Dieses Symptom möchte ich nicht schlechtweg mit dem Mangel an Urtheil identificiren, bei welchem immer noch eine gewisse Complicirtheit der Aufgaben Voraussetzung ist. Es ist wesentlich ein Mangel an Unterscheidungsvermögen zwischen einander nahestehenden Begriffen. Legt man dieses Kriterium auf complicirtere abstracte Begriffe an, so kann es dazu dienen, selbst feinere Defecte aufzudecken, die sonst dem Untersucher leicht entgehen könnten. Derartige Aufgaben sind z. B. die Unterschiede zwischen Civilisation, Bildung und Cultur, zwischen Nation, Volk und Staat, zwischen Religion, Glauben und Ueberzeugung u. dergl. mehr.

Auf solchen feineren Unterscheidungen beruht auch das, was man Takt und Gewandtheit, besonders aber das Treffende im Ausdruck nennt, und so kann eine schiefe, unzutreffende, verschrobene Ausdrucksweise das auffälligste Symptom des Schwachsinns darstellen.[1]) Willkürlich herbeigeführt, entsteht dadurch eine besondere Art des Witzes, wie die Productionen des ewigen Quartaners Karlchen Miessnik und des nicht minder berühmten Wippchen, des Kriegsberichterstatters der Berliner Wespen, beweisen. Aber auch viel gröbere Unterscheidungen sind den Kranken zuweilen nicht möglich, z. B. zwischen Preussen und Deutschland, zwischen Landtag, Abgeordnetenhaus und Herrenhaus, zwischen Berg und Gebirge, zwischen See und Teich, zwischen Mauer und Wand, zwischen Thür und Thor, zwischen Mann, Sohn und Bruder, zwischen Frau, Tochter, Schwester und Mädchen, zwischen Ochse und Kalb, Stier und Kuh u. dergl. mehr. Die Einbusse an Begriffen kann soweit gehen, dass der Sinn selbst einfacherer Fragen, wie z. B. nach der Jahreszeit, nach der Himmelsgegend, nach der Religion, nicht mehr verstanden wird, während doch sonst noch ein attentes Verhalten besteht.

Während das mangelnde Unterscheidungsvermögen zwischen verschiedenen Begriffen eine quantitative Einbusse an demjenigen, was wir Inhalt des Bewusstseins genannt haben, erkennen lässt, giebt schliesslich wieder das Verhalten der Bewusstseinsthätigkeit zu dem fundamentalsten Symptom des erworbenen Blödsinns, nämlich dem Ausfall an Initiativbewegungen als Ausfluss intrapsychischer Thätigkeit, zur Unthätigkeit Veranlassung. Wir haben schon bei der depressiven Melancholie die beiden Erscheinungen, dass die Kranken aufhören zu sprechen und dass sie aufhören, etwas zu thun, als objectives Merkmal der intrapsychischen Akinese kennen gelernt. Für einen irgendwie erheblichen Grad des erworbenen Blödsinns wird genau die gleiche Erscheinung zu erwarten sein, es entspricht aber durchaus den hier überall geltend gemachten Anschauungen, dass es wesentlich die Fälle erworbenen Blödsinns von etwas acuterem Gepräge sein werden, für welche diese Uebereinstimmung mit dem uns bekannten Krankheitszustande der depressiven Melancholie besteht. — In solchen Fällen mehr acuter Färbung liegt es auch ganz in der Natur der Dinge, dass zuweilen eine Differentialdiagnose zwischen depressiver Melancholie, jenem an sich heilbaren und jedenfalls noch entwickelungsfähigen Krankheitsbilde, und primärer

1) Ein lehrreiches Beispiel der Art habe ich in der „Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie" II. Bd. S. 298 veröffentlicht.

Demenz überhaupt nicht möglich ist. Unter Umständen kann auch die Herabsetzung der Merkfähigkeit eine Theilerscheinung des Blödsinns oder Schwachsinns sein. Wir haben aber gesehen, dass dieses Symptom auch bei den acuten Psychosen, unter Umständen also, wo von Blödsinn nicht die Rede sein kann, vielfach anzutreffen ist. Aehnlich verhält es sich mit der Aufmerksamkeit, nur dass diese noch viel häufiger und in der verschiedensten Weise, besonders durch intercurrente Reize, in Mitleidenschaft gezogen wird. Immerhin werden die höchsten Grade des Blödsinns auch dadurch charakterisirt sein, dass bei ihnen die Aufmerksamkeit nur schwer, wenn überhaupt noch, zu erregen oder zu fesseln ist.

Was die Ursachen des erworbenen Blödsinns oder Schwachsinns anbelangt, so ist er durchaus nicht ausschliesslich die Folge von Geisteskrankheiten. Es giebt vielmehr eine Anzahl anderer Ursachen, auf die ich ganz kurz einzugehen gezwungen bin, damit Ihnen diese wichtigen Thatsachen nicht vollständig unbekannt bleiben. Wahrscheinlich organisch begründet ist der Blödsinn nach Kopfverletzungen. Einen solchen Zusammenhang haben wir als wahrscheinlich anzunehmen besonders in denjenigen Fällen, in denen die Symptome einer Gehirnerschütterung nach der Verletzung aufgetreten sind, da wir jetzt wissen, dass die Gehirnerschütterung mit einer Ortsveränderung der Arachnoidealflüssigkeit und vielfachen Gefässzerreissungen einhergeht. Das so gesetzte Trauma kann so verbreitet sein, dass es den Untergang der nervösen Rindenbestandtheile auf grossen Strecken zur Folge hat. In anderen Fällen mag das Zwischenglied des Hydrocephalus internus eine Rolle spielen, denn so wenig wir von dieser seltenen Krankheit wissen, so scheint doch so viel sicher, dass ein Theil der Fälle auf Schädeltraumen zurückzuführen ist. Bei ausgesprochener degenerativer Anlage der Individuen wird mit der Möglichkeit zu rechnen sein, dass schon ein leichteres Schädeltrauma, das nicht von den klinischen Symptomen der Gehirnerschütterung begleitet war, dennoch einen degenerativen Process der Nervenelemente einleitet, der dann selbstständig weiter fortschreitet. Von organischen Gehirnkrankheiten ist die multiple Sclerose in den Fällen, welche zu verbreiteter Sclerosirung des Hirnmarkes führen, ein exquisites Beispiel primärer, langsam anwachsender Demenz. Durch die Beimischung paraplegischer Symptome oder von Augenmuskellähmungen oder von Opticus-Atrophie oder noch anderen bekannten Kennzeichen des sclerotischen Processes werden solche Fälle nicht selten diagnosticirbar. Die Lues cerebri führt zuweilen zu klinischen Bildern, die von der multiplen Sclerose

kaum zu unterscheiden sind, vielleicht jedoch eine etwas acutere Färbung haben durch Beimischung stuporöser Erscheinungen. Nach Meningitis habe ich bei einem Erwachsenen einen erheblichen Grad von Blödsinn zugleich mit einem tiefen Darniederliegen der vegetativen Functionen zurückbleiben sehen. Der so bedingte marantische Zustand führte nach zwei Jahren zum Tode. In der Pubertätszeit beobachtet man zuweilen einen verhältnissmässig rasch sich entwickelnden Blödsinn, welcher sehr hohe Grade erreichen kann, ohne dass wesentliche psychotische Symptome anderer Art ihn begleiten. Andere Male entwickelt sich ein solcher primär degenerativer Blödsinn der Pubertätszeit unter Begleitung von Beziehungswahn harmloser Art, besonders des autopsychischen Beziehungswahns, und nach vorangegangenen Anfällen von heftigen Kopfschmerzen. In Heilung übergehende Fälle von subacut sich entwickelnder primärer Demenz habe ich ausserhalb der Pubertätszeit einige Male beobachtet, würde aber jetzt für zweckmässiger halten, diese Beispiele in das Gebiet der depressiven Melancholie zu verweisen, von der sie klinisch ohnehin schwer zu differenziren sein dürften. Von der senilen Demenz, der epileptischen Demenz, der postapoplektischen und alkoholistischen Demenz wird bald noch etwas eingehender die Rede sein. Von dem Blödsinn nach Geisteskrankheiten wird ebenso die paralytische Demenz noch besonders berücksichtigt werden. Im Uebrigen ist zu betonen, dass es besonders bestimmte klinische Formen der Psychosen sind, welche eine Neigung zeigen, falls sie nicht zur Heilung gelangen, in Blödsinn auszulaufen. Den paralytischen Psychosen stehen in dieser Beziehung die Motilitätspsychosen jeder Art, besonders aber die akinetische Motilitätspsychose, nicht zu fern.

Meine Herren! Fassen wir nun den Schwachsinn oder Blödsinn unter dem Gesichtspunkt ins Auge, namentlich die Merkmale hervorzuheben, die ihm je nach der verschiedenen Aetiologie eine verschiedene Färbung verleihen, so finden wir nur wenige einigermaassen verlässliche Anhaltspunkte. In erster Reihe muss hier namentlich wegen ihrer praktischen Wichtigkeit die paralytische Demenz stehen, denn von der Erkennung der Demenz hängt oft die praktisch so folgenreiche Diagnose dieser häufigen Krankheit hauptsächlich ab. Es lässt sich nicht bestreiten, dass die Mehrzahl der Fälle von progressiver Paralyse von Anfang an entweder ausschliesslich oder in Begleitung von anderen zum Theil selbst acuten Krankheitsbildern mit einer zeitig schon ausgesprochenen und allmählich zunehmenden Demenz einhergeht. Die paralytische Demenz zeichnet sich nun besonders dadurch aus, dass sie in den meisten Fällen von vornherein

auch eine Charakterveränderung in sich einschliesst. Diese Charakterveränderung finden wir bei Meynert[1]) mit gewohnter Meisterschaft gedeutet. Die complicirteren, in einander greifenden psychischen Coordinationen, welche den Charakter darstellen, zerfallen nach Meynert's z. Th. wörtlich benützter Darstellung in der umgekehrten Zeitfolge ihrer Bildung, so dass ein immer einfacherer, weniger zusammengesetzter, primärer, dem kindlichen ähnlicher Charakter zurückbleibt, und dass wieder die persönlichen Sinnesreize zu den beherrschenden Impulsen werden. Diese Charakterveränderung beruht auf Erschwerung der Association durch Untergang der Gehirnelemente. Die gesunde Intelligenz umfasst in den Gedankengängen synergistische und antagonistische Impulse, wie die Bewegungscoordination synergistische und antagonistische Muskeln; es wirken aber auch auf die complicirteste Coordinationsmasse, wie sie der Charakter darstellt, Momente aus allen abgelaufenen Zeitläufen der Hirnthätigkeit ein, zugleich mit bestimmenden Momenten, in welchen der Schlussapparat auch noch bevorstehende Umstände herbeizieht. Eine solche unüberschauliche Coordination können die Handlungsimpulse des Paralytikers schon frühzeitig nicht mehr leisten, und wir begreifen, dass die Charakterveränderung den fliessenden Uebergang aus dem prämonitorischen Stadium darstellt.“ Die so geschilderte Charakterveränderung des Paralytikers hat also eine ganz andere Genese als die früher geschilderte der maniakalischen Kranken, sie beruht auf einem Ausfall an Gedankenthätigkeit und in Folge dessen einer grösseren Bestimmbarkeit durch augenblickliche Reize, während in dem anderen Falle ein Ueberschuss von Gedankenthätigkeit, dabei aber eine Nivellirung der Vorstellungen besteht. Der veränderte Charakter des Paralytikers verräth sich durch Reden und Handlungen, in beiden Beziehungen verräth sich die Demenz. Ein Beispiel wird das Gesagte am besten illustriren. Ein Gefängnissinspector, der sich bisher tadellos geführt hat, führt an Stelle der früheren Ordnung und Disciplin ein Willkürregiment ein, macht seinen weiblichen Sträflingen unsittliche Anträge, fraternisirt mit dem untergebenen Personal, lässt sich von den Lieferanten bestechen, verbringt seine Amtszeit zum grossen Theil in öffentlichen Localen u. dergl. mehr. Am gewohnten Stammtisch prahlt er mit den Vortheilen seiner Stellung, den vielen Weibern, die ihm zur Verfügung stehen, den Nebeneinnahmen, die er durch seine Bestechlichkeit erwirbt. Begegnet er bedenklicken Gesichtern, so sagt er wohl,

1) Klinische Vorlesungen S. 221 u. 222.

nur die Dummen machten es anders. Von Vorgesetzten zur Rede gestellt, hat er für Alles eine Beschönigung, stellt Alles in Abrede oder stellt sein Verhalten als missverständlich aufgefasst, als falsch oder gehässig beurtheilt von Seiten ihm feindlicher Personen hin, sodass der in die thatsächlichen Verhältnisse nicht vollkommen Eingeweihte aus seinen Reden kaum etwas Krankhaftes entnehmen kann. Der Inhaber eines renommirten Modewaarengeschäftes machte den Käuferinnen, die ihm gefielen, in der ungenirtesten und anstössigsten Weise Liebesanträge, während er sie bediente. Ein Anderer bediente sich auf offener Strasse bei einem Liebesantrag des abgekürzten Verfahrens, bald seinen Penis aus dem Hosenlatz hervorzuziehen. Die unsinnigen Einkäufe und Anschaffungen dieser Kranken gehören eben dahin. So schaffte sich ein Beamter von sehr mässigen Mitteln an einem Tage ein Pianino, ein Harmonium und eine Drehorgel an. Sehr richtig bemerkt Meynert, dass ein vorgeschrittener Paralytiker noch alle sinnlosen Handlungen motivirt. Einer zieht sich nackt aus und braucht die Ausrede, dass auch die Kinder nackt herumlaufen. Der Schluss, dass er kein Kind ist, stört ihn nicht dabei. Ein anderer erklärt sich für Gott und küsst dabei dem Arzt demüthig die Hand, weil ihm die Attribute übermenschlicher Erscheinungen nicht einfallen. Aber auch beim beginnenden Paralytiker verhält es sich mit seinen unsinnigen Handlungen ganz ebenso, sie sind ihm durch den Augenblick genügend motivirt. Gerade die unsinnigen, dementen Handlungen der Paralytiker sind das Charakteristische, die Charakterveränderung, die wir aus ihnen entnehmen, ist erst ein Schluss, den wir machen, ist eigentlich eine Ausfallserscheinung, ein Ausfall an Associationen, die Nichtberücksichtigung der circumstantia loci et temporis. Ich betone dies, weil die Criminalität der Paralytiker oft Gegenstand Ihrer gutachtlichen Thätigkeit sein wird. Eine Charakterveränderung wird der Richter nicht leicht als krankhaft anerkennen, den Nachweis des Blödsinns aber, die Demenz der Handlungen, wird er ohne Weiteres zugestehen müssen.

Die unsinnigen Handlungen können zu einer Zeit vorkommen, wo die äussere Besonnenheit und formale Haltung der Kranken noch keinen Schaden gelitten hat. Andere Male ist ein maniakalisches Verhalten, eine paralytische Manie, gleichzeitig zugegen, und damit sind ebensowohl eine Unzahl von Antrieben zu handeln, als auch die Nivellirung der Vorstellungen gegeben, aber die daraus allein resultirenden Handlungen, wie z. B. das Herumvagiren, Reisen, Plänemachen, Unternehmungen der verschiedensten Art haben eine

andere Entstehungsweise und brauchen deshalb auch weniger die Eigenschaft der Vereinfachung, der Demenz an sich zu tragen.

Ein zweites, ebenso wichtiges Kennzeichen der paralytischen Demenz ist in vielen Fällen eine von vornherein auffällige Unthätigkeit und Schweigsamkeit. Nachdem die Kranken zuerst in der Häuslichkeit dadurch aufgefallen sind, dass sie aufhörten, etwas zu reden und etwas zu thun, den Berufspflichten aber zunächst noch in gewohnter Weise nachgegangen sind, bleibt beispielsweise ein Beamter eines Tages zu Haus, erklärt wohl auf Vorhaltungen seiner Angehörigen, er sei abkömmlich, entschuldigt aber sein Ausbleiben nicht. Spricht man mit ihm über diesen Sachverhalt, so erhält man eine beschönigende Auskunft, wohl auch das Versprechen, wieder ins Büreau zu gehen, thatsächlich aber bleibt der Kranke unthätig und interesselos zu Haus. In solchen Fällen genügt oft der Anreiz der Unterhaltung, die Kranken zu einem anscheinend correcten Gedankengang und entsprechender Antwort zu veranlassen. Von Sprachstörung braucht ebenfalls noch kein Anzeichen vorhanden zu sein. Es ist daher oft schwierig, den für den Kenner äusserst charakteristischen Ausfall an Handlungen zu verstehen und richtig zu beurtheilen. In solchen Fällen wird man aber bei eingehender Untersuchung fast immer noch andere Anhaltspunkte für die Diagnose der paralytischen Demenz finden. Man erfährt, dass die Kranken ungewöhnlich reichlich und gierig essen, eine Prüfung der Merkfähigkeit ergiebt auch diese reducirt, eine Unterscheidung zwischen einander nahestehenden Begriffen, wie Preussen und Deutschland, ist unmöglich. Ebenso entscheidend ist es, wenn man ausgeprägte spinale Symptome findet.

Die paralytische Demenz findet schon zeitig ein weiteres objectives Kennzeichen in einem bald mehr glatten und unbelebten, bald entschieden blödsinnigen Gesichtsausdruck. Dieser Gesichtsausdruck ist um so auffallender, als er mit einer gewissen emotionellen Schwäche, einer leichten Rührbarkeit oder auch einem plötzlichen Aufflackern zu ausgelassener Heiterkeit bei an sich geringfügigen Anlässen, verknüpft sein kann.

Von besonderer Wichtigkeit ist es, den paralytischen Blödsinn vom postapoplectischen Blödsinn zu unterscheiden. Es ist bekannt, dass die Mehrzahl der Apoplexien einen merklichen Intelligenzdefect nicht zur Folge haben. Für einen Theil der Fälle jedoch gilt diese Regel nicht, und es kommt zu ausgeprägtem Blödsinn. Eine Erklärung für dieses Verhalten finden wir in einer besonders an der betroffenen Hemisphäre ausgesprochenen Atrophie des Gehirns, dem

Seitenstück zu der von Hitzig beobachteten Thatsache, dass nach umschriebenen Extirpationen am Gehirn oft eine Atrophie der ganzen Hemisphäre eintritt. Nach meinen Erfahrungen hat die postapoplektische Demenz nur in der einen Beziehung ein besonderes Kennzeichen, dass sie die höchsten Grade emotioneller Schwäche, den von den Engländern treffend bezeichneten Zustand der emotionellen Incontinenz, darbietet.

Der epileptische Blödsinn hat meist ebenfalls gewisse eigenthümliche Züge. Diese bestehen einmal in der den meisten Epileptikern eignen Reizbarkeit und Unverträglichkeit, ihrer Neigung zu Gewaltthätigkeit und gelegentlichen Wuthanfällen. Ausserdem kommt eine offensichtlich zur Schau getragene, oft recht äusserliche Frömmigkeit so häufig bei epileptischem Blödsinn vor, dass es gezwungen wäre, darin ein rein zufälliges Zusammentreffen zu erblicken. Endlich ist häufig, freilich nicht immer, besonders aber nicht nach Anfällen, eine überraschend gut erhaltene Merkfähigkeit hervorzuheben. Der Verlust an Begriffen ist oft sehr erheblich und in einer geschraubten, ungeschickten Ausdrucksweise zum Ausdruck kommend. Nicht selten steigert sich dieses Ungeschick in der Wahl der Worte zu vereinzelten paraphasischen Beimengungen. Ein gutes Beispiel dieser sonderbaren Ausdrucksweise finden Sie in meinen Krankenvorstellungen.[1])

Der alcoholistische Blödsinn hat das besondere Kennzeichen der beigemischten Gemüthsstumpfheit und Brutalität, welche oft schon sehr ausgeprägt ist, wo die Defecte an geistigem Besitzstand noch wenig umfangreich sind. Später kommt es jedoch immer auch zu einem erheblichen Defect der geläufigsten Kenntnisse. Dass immer auch Zeichen des chronischen Alkoholismus zugegen sind, ist selbstverständlich.

Die hebephrenische Demenz hat das allgemeinste Kennzeichen eines unreifen, dem Pubertätsalter entsprechenden Entwickelungsstandes. Daher das besonders von Kahlbaum und Hecker hervorgehobene Kindische und Läppische in dem Benehmen dieser Kranken. Demnächst möchte ich die ausgesprochene Denkfaulheit als einigermaassen specifisch für die hebephrenische Demenz in Anspruch nehmen. Diese äusserst sich oft in recht charakteristischer Weise. Die Kranken beantworten die Fragen aufs Geradewohl, wie es ihnen gerade bequem ist, ganz gleich, ob sie sich dabei widersprechen oder nicht. Die gleiche Frage, die vorher mit Ja beantwortet wurde, wird bald

---

1) Vgl. Heft 2 Fall 24.

darauf mit Nein beantwortet, oder die Antwort besteht in einer allgemeinsten Redensart. Allmählich macht sich im Laufe des Krankenexamens ein unverkennbarer Unwille oder Missmuth über die zugemuthete geistige Anstrengung geltend, auf Suggestivfragen erfährt man auch wohl, dass das Denken den Kranken anstrengt. Eine unwillige Drehung nach der anderen Seite, oder die Aeusserung: Lassen Sie mich doch endlich in Ruh!, unter Umständen auch ein thätlicher Zornesausbruch bezeichnen das Ende der Unterredung. Die Aufmerksamkeit dieser Kranken ist schwer zu erregen, besonders schwer zum Zweck einer Untersuchung zu fixiren, die Merkfähigkeit oft überraschend gut, wenn man sie nach der Erinnerung an gelegentliche Erlebnisse beurtheilt. Auch erlebt man bei diesen Kranken zuweilen Ueberraschungen, indem sie gelegentlich Bruchstücke von Kenntnissen, z. B. von Sprachen oder sonstigem erlernten Gedächtnissmaterial verrathen, die man bei einem systematischen Examen vergeblich sucht. Der Gesichtsausdruck bleibt bei dem hebephrenischen Blödsinn, wenn auch zuweilen mehr oder weniger entstellt, doch meist viel belebter, als man dem Grade des Blödsinns nach vermuthen sollte. Einen sehr ausgeprägten Fall hebephrenischen Blödsinns nach chronischer Psychose finden Sie unter meinen Krankenvorstellungen.[1]) Das Kennzeichen der geschraubten, schiefen, unzutreffenden Ausdrucksweise ist in vielen Fällen sehr ausgeprägt, wie ja nach dem Lebensalter der Kranken leicht verständlich ist, es ist aber nach meiner Erfahrung nicht in dem Grade für die Hebephrenie charakteristisch, wie die erst geschilderte Erscheinung der Denkträgheit.

Der Altersblödsinn führt meist zu einer allgemeinen geistigen Abstumpfung, einer egoistischen Einengung der Interessen, welche bis zu schmutzigstem Geiz und ausgesprochener Lieblosigkeit gegen Angehörige gehen kann, zuweilen sogar sich zu moralischen Verirrungen steigert. Das Hauptkennzeichen ist jedoch der fast gänzliche Verlust der Merkfähigkeit und ein entsprechender Gedächtnissverlust für die nächste Vergangenheit. Dem gegenüber kann das Gedächtniss für die fernere Vergangenheit wohl erhalten sein. Hin und wieder kann sich eine Neigung zur Confabulation und ein delirantes Verhalten in den Nächten einstellen. Zum Altersblödsinn gehören ganz gewöhnlich gewisse körperliche Complicationen, der tremor senilis, Sphincterenschwäche, ein unbehülflicher, breitbeiniger, trippelnder Gang, gebeugte Körperhaltung. Keine dieser Complicationen steht

1) Vgl. Heft 2 Fall 28.

in intimerem Zusammenhange mit der senilen Gehirnatrophie, als die hier noch zu erwähnende der pseudoapoplectischen Anfälle. Dieselben, wahrscheinlich auf hydrocephalischen Ergüssen beruhend, sind bald einfache Ohnmachten, bald länger dauernde somnolente oder comatoese Zustände und unterscheiden sich von den apoplectischen Anfällen durch das Fehlen halbseitiger Erscheinungen. Auch derartige Anfälle werden am häufigsten überstanden, wenn auch einer von ihnen schliesslich zum Tode führt; in der Zeit der Erholung von denselben ist die Schwäche und Unbehülflichkeit der Beine, meist mit Blasenschwäche gepaart, das auffälligste Symptom. Derartige Anfälle können übrigens auch beobachtet werden, ohne dass vorher oder nachher ein irgend erheblicher Grad des Altersblödsinns bestanden hat.

Als anatomisches Substrat des Altersblödsinns ist die senile Gehirnatrophie oder senile Involution des Gehirns in Anspruch zu nehmen. Dass ein vorangegangener apoplectischer Anfall vorzeitig zu denselben Veränderungen des Gehirns und dem entsprechenden klinischen Befunde den Anstoss geben kann, ist schon oben erwähnt worden.

Einundvierzigste Vorlesung.

Dissimulation und Simulation von Geistesstörung. Aufgaben der Anstaltsbehandlung. Schlussbetrachtungen über die Aussicht auf eine pathologisch-anatomische Begründung der Psychosen.

Meine Herren!

Es konnte nicht die Absicht dieser Vorlesungen sein, Sie auch in den praktischen fachärztlichen Dienst der Irrenhäuser einzuführen. Wer von Ihnen sich vollständig unserem Fache widmen will, ist freilich darauf angewiesen, einen beträchtlichen Theil seines Lebens in Irrenanstalten und unter Geisteskranken zuzubringen, eine Aufgabe, die Sie sich in manchen Beziehungen nicht schwer genug, aber auch nicht dankbar und interessant genug vorstellen können. Jeder von Ihnen wird aber einmal in die Lage kommen, über die Unterbringung eines Kranken in die Irrenanstalt entscheiden oder ein Zeugniss über die wiedergewonnene Gesundheit ausstellen zu müssen, und es ist deshalb unumgänglich, Sie über einige praktische Fragen zu orientiren, wozu namentlich die specifischen Aufgaben der Irrenanstalten und die Simulation und Dissimulation von Geisteskrankheiten gehören.

Verkennen wir nicht, ein Hauptbeobachtungsmittel der Psychiatrie ist die Sprache, mit anderen Worten, die Mittheilungen, die die Kranken selbst über den Inhalt ihres Bewusstseins machen. Offenbar kann man irgend welche complicirteren Gedankengänge des Kranken nur auf diesem Wege erfahren. Voraussetzung dabei ist entweder der gute Wille des Kranken, sich mitzutheilen, oder eine solche Form der Krankheit, z. B. die Manie, bei welcher schon an sich ein Drang zur Mittheilung besteht. Trifft diese Voraussetzung nicht zu, so kommt es vor, dass die Kranken

Wochen und Monate, ja Jahre lang absichtlich vollständig schweigen oder nur bei ganz aussergewöhnlichen Anlässen sprechen. Zu den bewährtesten Mitteln, derartige Kranke zum Sprechen zu bringen, gehört die klinische Vorstellung, wobei man allerdings auf allerlei Ueberraschungen und unter Umständen selbst auf eine dramatische Wendung der Unterhaltung gefasst sein muss. Dieses absichtliche Schweigen hat natürlich mit dem Mutacismus, der Unfähigkeit zu sprechen, nichts gemein. Meist handelt es sich dabei um jene ablehnenden, misstrauischen und verbitterten Kranken mit Verfolgungs- und Grössenwahn, von welchen bei den paranoischen Zuständen schon die Rede gewesen ist. Es kommt andererseits vor, dass das Schweigen absichtlich auf jene Punkte beschränkt wird, die der Arzt wissen muss, um ein Urtheil über die Geisteskrankheit zu gewinnen, d. h. dass der Kranke seine Wahnideen dissimulirt. Am häufigsten ist diese Dissimulation bei Kranken, welche sich längere Zeit in einem beruhigten Stadium befinden, nachdem sie vorher eine acutere Krankheitszeit durchgemacht haben. Sie haben nun die Besonnenheit zurückerlangt, welche nöthig ist, um ihre Aeusserungen zu überwachen, und sind von dem lebhaften Wunsche beseelt, der Freiheitsbeschränkung durch Aufenthalt in der Irrenanstalt ledig zu werden. Deshalb bemühen sie sich mit mehr oder weniger Erfolg, ihre Wahnideen in Abrede zu stellen, sobald sie durch irgend welche günstige Umstände, z. B. ihre Anwesenheit bei Untersuchung ähnlicher Krankheitsfälle, in Erfahrung gebracht haben, welche Ideen etwa der Arzt für krankhaft halten könnte. Doch gelingt es in solchen Fällen immer, durch passend gestellte Fragen die Wahrheit zu ermitteln, und zwar besteht die Methode für diesen Zweck darin, dass man das Urtheil des Kranken über die früher an ihm beobachteten Krankheitserscheinungen provocirt und so ermittelt, dass eine eigentliche Krankheitseinsicht, das Hauptkriterium der Gesundheit, noch fehlt. Falls der Kranke hartnäckig darauf verharrt, über die Punkte, auf welche es gerade ankommt, schweigen zu wollen, so wird man ihn nicht als gesund betrachten können. Manchmal zeigt es sich, dass der Kranke die gewünschte Auskunft nicht geben kann, weil ein Erinnerungsdefect für einen Theil der Krankheit besteht, dann ist natürlich auch nicht zu verlangen, dass sich der Kranke zu ihnen bekennt. Im Allgemeinen ist immer festzuhalten, dass die Kranken nicht geneigt sind, ihre Wahnideen zu verleugnen und sich, selbst wo es ihnen zweckmässig scheint, nur unwillig dazu bequemen, dass sie ferner gerade deshalb die Grenze, wo die Zweckmässigkeit beginnt, leicht zu

Gunsten der Wahnideen verschieben. Gegenüber diesen häufigen Fällen kommt es auch vor, wenn auch ziemlich selten, dass ein Kranker im Anfangsstadium einer chronischen ascendirenden Psychose seine Wahnideen dissimulirt, in einer Zeit, wo der Kranke selber noch im Unklaren ist, wie weit die sich ihm aufdrängenden Vorstellungen und vermeintlichen Beobachtungen der Wirklichkeit entsprechen. Diese oder jene befremdliche Aeusserung, die dem Kranken nun vorgehalten wird, erklärt er für Scherz oder für Missverständniss oder sucht ihr ein harmloseres Gepräge zu geben, und schliesslich wird er auch wohl unwillig und bestreitet dem Fragesteller das Recht, sich in seine Angelegenheiten zu mischen. In solchen Fällen ist eine zuverlässige Auskunft der Angehörigen oder sonst dem Kranken näher stehender Personen über die Aeusserungen und die Handlungen, welche den Verdacht auf Geisteskrankheit veranlasst haben, unerlässlich, um den entscheidenden Entschluss zu begründen, dass der Kranke wider seinen Willen der Anstaltsbeobachtung unterworfen wird. Es schwebt mir ein derartiger Fall vor, wo es meinem Zuspruch sogar gelungen war, den Kranken zum freiwilligen Eintritt in die Anstalt zu bewegen, wo aber das Vertrauen des Kranken schon am nächsten Tage, als ich ihm die Entlassung verweigern musste, verloren ging, und er von nun ab jede weitere Auskunft verweigerte, nur auf seine Entlassung bestand und diese schliesslich durch Nahrungsenthaltung zu erzwingen suchte. Unter den obwaltenden Umständen war es mir äusserst peinlich, Zwang anzuwenden, doch wurde es unvermeidlich, und es wurde deshalb unter lebhaftem Sträuben des Patienten einige Male die künstliche Fütterung durchgesetzt, worauf sich der Kranke entschloss, seinen Widerstand aufzugeben. Nach Verlauf mehrerer Wochen entschlossen sich sodann die Angehörigen, sehr gegen meinen Rath, den Kranken aus der Anstaltsbehandlung zu nehmen, und scheinbar haben sie Recht behalten, denn der Kranke hat den vorher geäusserten Wahnvorstellungen keine weitere Folge gegeben und seine frühere Thätigkeit in einem Geschäfte wieder aufgenommen. Wenn es auch scheint, dass durch einen derartigen Verlauf der Angelegenheit der Arzt in Unrecht versetzt wird, so ist mir doch gerade dieser Fall der unwiderleglichste Beweis dafür, dass man in allen ähnlichen Fällen dem Kranken keine grössere Wohlthat erweisen kann, als wenn man ihn zwangsweise in die Irrenanstalt überführt. Wenn nämlich in solchen Fällen relativ eine Heilung möglich ist, wie es in der That scheint, so wird sie am ersten dadurch herbeigeführt, dass die krankhaften Ideen durch Gegenvorstellungen bekämpft

werden, und es giebt keine kraftvollere Gegenvorstellung gegen noch nicht vollständig fixirte Wahnideen als die Einsicht, dass sie die Detention und den Zwang in der Irrenanstalt zur unvermeidlichen Folge haben. Der Kranke hatte also die unbestreitbare Besserung, vielleicht die Heilung,[1]) wenn eine solche inzwischen eingetreten ist, hauptsächlich der Ueberführung in die Irrenanstalt zu verdanken.

Nach solchen Erfahrungen muss die Frage aufgeworfen werden: In wie fern darf überhaupt das, was der Kranke spricht, den Werth eines objectiven Symptoms beanspruchen? Sind nicht vielmehr die Aeusserungen der Kranken ganz von ihrem Willen abhängig? Könnte nicht auch unter Umständen ein Gesunder die Sprache von Geisteskranken nachahmen, oder, von diesem Falle abgesehen, ein Kranker mit Absicht ganz andere Dinge reden, als er eigentlich denkt? Unser Standpunkt in dieser Hinsicht ist kurz der folgende: Die Sprache mag durch den Willen noch so sehr beeinflusst sein, so bleibt sie doch immer eine Function des Bewusstseins, d. h. derjenigen Gehirnthätigkeit, welche wir zu untersuchen haben. Diese Function mag nicht immer eine ganz einfache sein, so dass z. B. nicht ohne Weiteres in jedem Falle die Bereitwilligkeit des Kranken vorausgesetzt werden kann, auf die an ihn gerichteten Fragen sachgemäss zu antworten. Doch wird es bei angemessenem Verhalten des Arztes, und sobald das Vertrauen des Kranken gewonnen ist, nur selten begegnen, dass ein Geisteskranker absichtlich, um den Arzt irrezuführen, anders redet, als ihm ums Herz ist. Wo der Kranke unter heftigeren Affecten steht, ist auch schon von vornherein die Selbstbeherrschung ausgeschlossen, welche zu diesem Vorgehen nöthig wäre. Gewöhnlich wird das übrige Verhalten des Kranken ein sicheres Urtheil darüber ermöglichen, ob er dem Arzte bereitwillig entgegen kommt oder nicht. In manchen Fällen kann dennoch die bestimmte Entscheidung darüber, dass und in wie weit ein Geisteskranker simulire, nur sehr schwer abgegeben werden. Zwei Gesichtspunkte sollten dann bei der Beurtheilung nicht ausser Acht gelassen werden. Erstens giebt es Geisteskranke, welche den sich massenhaft aufdrängenden unsinnigen Gedanken mit halber Kritik gegenüber stehen, so dass sie z. B. selbst über den Unsinn lachen, welchen sie im gegebenen Momente produciren. Diese Kranken gehören meist in die Gruppe der auch anderweitig charakterisirten

1) Diese vor etwa zehn Jahren geschriebenen Zeilen muss ich jetzt dadurch richtig stellen, dass der Kranke nach Jahresfrist mutacistisch wieder aufgenommen und später unheilbar geworden ist.

Motilitätspsychosen, der Inhalt ihrer Wahnideen ist oft ein religiöser und zeichnet sich gleichzeitig durch phantastische Färbung und Monotonie aus. Die Monotonie steigert sich oft zur Verbigeration. Das übrige Verhalten dieser Kranken stellt es über jeden Zweifel, dass es ihnen mit den Wahnideen ernst ist, selbst wenn es gelingt, von ihnen selbst das Geständniss zu erhalten, dass sie soeben Unsinn geredet hätten. Freilich pflegen sie dann dazuzusetzen, es käme ihnen so ein, sie wüssten es sich selbst nicht zu erklären. Die Erscheinung hat eine gewisse Aehnlichkeit mit dem Zwangssprechen, welches wir bei derselben Kategorie von Kranken angetroffen haben. Schwieriger ist der zweite Fall, wo meist auch die äusseren Umstände den Verdacht der Simulation nahe legen. Es handelt sich meist um Gefangene, welche den Verdacht, sei es wirklicher Geisteskrankheit, sei es der Simulation, erregt haben und deshalb zur Beobachtung in die Irrenanstalt geschickt werden. Die Erfahrung lehrt nun, dass die meisten dieser Individuen wirklich geisteskrank sind, selbst wenn sie nachweislich auch simuliren. Die reine Simulation ohne bestehende Geisteskrankheit oder Schwachsinn ist an sich selten, so dass auch der erfahrenste Irrenarzt nur vereinzelte Fälle davon kennen lernt. Möge man bedenken, dass ein Geisteskranker meist die Unannehmlichkeiten der Gefängnisshaft genau ebenso peinlich empfindet wie ein Geistesgesunder, und dass er deshalb den Vortheil ergreift, den ihm das Gefühl der über ihn kommenden Krankheit an die Hand zu geben scheint. Mindestens hat die Aussicht, in die Irrenanstalt überführt zu werden, für ihn nichts Schreckliches und deshalb nicht den Werth eines Motivs zur Selbstbeherrschung. Liegt es so, so genügen meist wenige Tage einer nachsichtigen, Vertrauen einflössenden Behandlung in der Irrenanstalt, um das Krankheitsbild reiner hervortreten und die willkürlichen Uebertreibungen verschwinden zu lassen. Freilich bleibt oft auch dann noch ein befremdliches Krankheitsbild zurück, z. B. eine der Krankheitsform an sich nicht zugehörige Neigung zu roher Gewaltthätigkeit, zu allerlei schamlosen Handlungen, Kothessen u. dergl. mehr. Aber solche Modificationen werden uns dadurch verständlich, dass es sich in diesen Fällen um sittlich verkommene und verwahrloste Menschen handelt, meist schon aus Familien stammend, in denen sie sich zu Verbrechern entwickeln mussten. In anderen Fällen stellt sich bald heraus, dass zwar die Geisteskrankheit simulirt ist, aber ein, sei es angeborener, sei es erworbener Schwachsinn dem Versuch der Simulation zu Grunde liegt, oft mit epileptischen Anfällen complicirt. Nichts ist aussichtsloser, als Simulanten der

letzteren Art durch Zwangsmaassregeln, wie Hungern u. dergl. mehr bekehren zu wollen. Wenn man von diesen beiden Möglichkeiten absieht, so ist die Zahl der zurückbleibenden wirklichen Simulanten, wie schon oben gesagt, nur sehr gering.

Meine Herren! Im Laufe dieser Vorlesungen habe ich ungezählte Male betont, dass hinsichtlich der Behandlung der Geisteskranken Ihre Hauptaufgabe darin besteht, rechtzeitig die, wenn erforderlich, zwangsweise Ueberführung der Kranken in eine Irrenanstalt zu veranlassen. Es giebt nun erfahrene Irrenärzte, welche den Standpunkt vertreten, dass durch zweckmässige Einrichtung eines Privathauses dasselbe erreicht werden kann wie durch die Anstaltsbehandlung. Dass das nicht in allen Punkten zutrifft, werden wir sogleich bei Besprechung der Zwecke der Anstaltsbehandlung erkennen müssen.

Die Anstaltsbehandlung hat folgende Aufgaben zu lösen: 1) die Ueberwachung der Kranken. Dazu gehört die von der Anstaltsbehandlung nicht zu trennende Beschränkung der persönlichen Freiheit. Nur eine Irrenanstalt mit ihrem eigens zu diesem Zwecke organisirten inneren Dienst, ihrer Abgeschlossenheit und den mancherlei Vorkehrungen, welche das Entweichen der Kranken erschweren, kann zugleich den Kranken das individuell zuträgliche Maass persönlicher Freiheit gewähren. Wo Mauern und Umzäunungen fehlen, wie bei den sogenannten freien Anstalten, ist doch durch ein wachsames Personal dafür gesorgt, dass die Kranken das Terrain der Anstalt nicht überschreiten dürfen. Entweichungen aus der Anstalt sind freilich nie vollständig zu vermeiden, wenigstens werden Zuchthaussträflinge und ähnliche mit raffinirter Schlauheit nur auf die Entweichung bedachte Elemente immer Mittel und Wege finden, die Freiheit zu gewinnen, steht ihnen doch das Haupthinderniss hier nicht entgegen, welches sie sonst zu finden pflegen, der Posten mit dem geladenen Gewehr. Das Irrenhaus soll aber auch hinsichtlich der Vorsichtsmaassregeln, die gegen das Entweichen getroffen sind, keineswegs an das Gefängniss oder Zuchthaus erinnern. Die Verhütung der Flucht ist gewiss nicht der Hauptzweck oder nur einer der wesentlichsten Zwecke der Anstalt, im Allgemeinen wird man sogar behaupten können, dass das Entweichen eines Geisteskranken ein harmloses Ereigniss ist. Trotzdem wird eine gut eingerichtete Anstalt die Entweichung so erschweren, dass man wenigstens bei denjenigen Kranken, bei welchen es darauf ankommt, nach dieser Richtung vollständig beruhigt sein kann. Solche Kranke sind einmal die Selbstmordsüchtigen, dann aber die nicht so seltenen

Fälle von Wahnideen, welche in der Feindseligkeit gegen bestimmte Personen gipfeln. Auch gegen jede Art der Selbstbeschädigung bietet eine gute Anstalt die beste Garantie.

2) Die unausgesetzte ärztliche Beobachtung. Bei keiner anderen Art von Kranken ist es so wichtig, dass etwa eintretende Veränderungen des Zustandes sofort vom Arzte bemerkt und die etwa nöthig werdenden Maassnahmen getroffen werden. Wo der Kranke sonst alle Orientirung verloren hat, bewahrt er doch oft noch dem Arzte sein Vertrauen, weil dieser ihm vermöge seiner Vorbildung das meiste Verständniss entgegenbringt. Der Zuspruch des sachverständigen Arztes ist in diesen Fällen durch keinen anderen zu ersetzen, am wenigsten durch den wohlmeinender Angehörigen, welche durch die Veränderungen der Gefühle und Anschauungen der Kranken oft am allerersten betroffen werden. In guten Anstalten sind die Aerzte einen grossen Theil des Tages mit den Kranken zusammen, in jeder Anstalt ist ein Arzt sofort erreichbar, wenn es die Noth erfordert, und diese Bedingung tritt verhältnissmässig oft ein, sei es in Folge der besonderen Schwere des Krankheitsbildes, sei es in Folge von Zwischenfällen, welche durch unberechenbare Handlungen der Geisteskranken bedingt werden. Schon die Ernährung macht bei vielen Geisteskranken die beständige Einwirkung des Arztes nothwendig.

3) Die Pflege des socialen Instinctes. Durch die Veränderung ihres Bewusstseinsinhaltes und die damit gesetzte Desorientirung verschiedenen Grades und Umfanges werden viele Kranke der Communicationsmittel mit der Aussenwelt und speciell mit den Personen ihrer Umgebung fast vollständig beraubt, sie sind dann entweder andauernd widerstrebend oder vollständig passiv und jedenfalls in einer hilflosen, auf die Intervention anderer Menschen angewiesenen Lage. Hier kommt den ärztlichen Bemühungen häufig das tief eingewurzelte Herdengefühl zu Hülfe, das die Kranken oft noch bewahren, wo andere Verständigungsmittel vergeblich angewandt werden. Das Beispiel, das die anderen Kranken geben, welche sich in demselben Raum aufhalten, welche ebenfalls aufstehen, sich waschen, kämmen und ankleiden, selbst essen oder sich füttern lassen u. dergl. mehr, verfehlt in seiner regelmässigen eintönigen Wiederkehr oft auch in solchen Fällen nicht seine Wirkung. Die Theilnahme an Spaziergängen, an gemeinschaftlichen Spielen, Andachten, Singübungen u. dergl. mehr üben in ähnlicher Weise eine erziehliche Wirkung.

4) Die Möglichkeit einer vollkommenen Isolirung. In man-

chen Zuständen ist es wünschenswerth, die Kranken auf Stunden, Tage oder Wochen vollkommen isoliren zu können, ohne dass der Raum oder die Kleidung der Kranken ihnen irgend welche Mittel zur Selbstbeschädigung bieten. Dazu bedarf es besonders eingerichteter Räume ohne alles oder nur mit befestigtem Meublement, mit festen glatten Wänden und eben solchem Fussboden, mit festen, am besten undurchsichtigen Fensterscheiben. Ebenso kann das Lager und der Anzug des Kranken aus festem, unzerreissbarem Material hergestellt werden. Derartig hergerichtete Räume, bei uns Beruhigungszimmer genannt, bietet die Irrenanstalt, und wenn sie nur selten und auf ganz bestimmte Indicationen hin belegt werden, gehören sie zu den nützlichsten und heilsamsten Einrichtungen der Anstalt. Die speciellen Indicationen dafür hier anzuführen, würde über den Rahmen dieser Vorlesung hinaus gehen. In guten Anstalten wird übrigens, und das soll hier besonders hervorgehoben werden, die Isolirung von Kranken immer nur auf specielle Anordnung des Arztes unter Ueberwachung desselben vorgenommen.

5) Die zweckmässige Anwendung etwa nöthig werdender Zwangsmittel. Die Anwendung von Zwangsmitteln ist dann erforderlich, wenn die Kranken sich selbst zu beschädigen drohen oder dies bereits gethan haben, Verbände nicht liegen lassen wollen u. dergl. mehr. Das schonendste Verfahren ist unter diesen Umständen die Anlegung einer Zwangsjacke mit langen Aermeln, welche vorn geschlossen sind und sich in einer Art von Gurten verlieren. Im Notfall ist ausserdem noch die Befestigung der Arme an den Bettseiten oder die Anlegung eines sogenannten Zwangsriemens quer über den Rumpf des Kranken erforderlich, so dass der Kranke verhindert wird, seine Lage im Bett allzu erheblich zu verändern. Nur eine Irrenanstalt bietet für diesen Zweck die geeigneten Utensilien — oder sollte sie wenigstens immer bieten. Nur eine Irrenanstalt ferner ermöglicht bei solchen Zwangsmaassregeln deren continuirliche Ueberwachung durch die Aerzte.

Meine Herren! Wir sind am Schluss unserer Betrachtungen angelangt, und es könnte sein, dass die grosse Reihe neuer Thatsachen, die Sie hier kennen gelernt haben, und die so deutlich ausgeprägte Verschiedenheit der Krankheitsfälle, die ich Ihnen vorgeführt habe, Sie zu dem Glauben verleiteten, Sie hätten die vorkommenden Geisteskrankheiten nun gründlich kennen gelernt. Dieser Meinung muss ich leider entgegentreten und Ihnen klar zu machen suchen, dass wir über die ersten Grundbegriffe der Psychiatrie in diesen Zusammenkünften nicht hinausgekommen sind. Sie werden selbst

reichlich Gelegenheit finden, sich davon zu überzeugen, wenn Sie der verwirrenden Mannigfaltigkeit der Fälle in der Praxis gegenüberstehen. Nur das Verdienst kann ich in Anspruch nehmen, Ihnen aus dem reichen Material meiner Klinik gewisse einfachste Fälle herausgesucht und Sie dadurch allmählich vorbereitet zu haben, auch an die complicirteren Fälle mit einem gewissen Verständnis heranzutreten. Ich brauche nicht zu betonen, dass diese Schwierigkeit hauptsächlich für die acuten Fälle Geltung hat. Nach meiner naturgemäss sehr subjectiven Schätzung mögen diejenigen acuten Psychosen, die ich hier berücksichtigen konnte, nur etwa die Hälfte aller Fälle ausmachen. Eine schon etwas deutlichere Vorstellung von der Reichhaltigkeit des klinischen Materials, das es zu bewältigen gilt, werden Sie aus den drei Heften von insgesammt über hundert Krankenvorstellungen gewinnen können,[1]) welche ich aus meiner Klinik herausgegeben habe. Aber auch für die Auswahl dieser Fälle war überwiegend der Lehrzweck bestimmend, so dass unter ihnen die einfacheren Fälle ebenfalls überwiegen. Den deutlichsten Begriff von der Reichhaltigkeit unseres klinischen Materials werden Sie vielleicht dann bekommen, wenn ich Ihnen mittheile, dass mir immer noch, und zwar gar nicht so selten, Fälle begegnen, die in Symptomatologie und Verlauf von allen früher gesehenen so merklich verschieden sind, dass ich sie als neu und noch nicht dagewesen rubriciren muss. Und so geht es jedem älteren Irrenarzt, wie ich durch mehrfache Anfragen in Erfahrung gebracht habe. Daher auch die grosse Schwierigkeit, ein grösseres Krankenmaterial zu übersehen und im Gedächtniss zu behalten, die noch grössere Schwierigkeit, auch nur die Grundthatsachen, die dem Material entnommen werden können, zu fixiren, und endlich die allerschwerste Aufgabe, die häufigsten oder wichtigsten Krankheitstypen für den Versuch einer objectiven und naturgetreuen Darstellung auszuwählen.

Mit dieser Schwierigkeit meiner Aufgabe hängen gewisse Fehler zusammen, die meiner Darstellung nothwendig anhaften, auf die ich aber nicht unterlassen will, noch besonders aufmerksam zu machen. Meine Darstellung beruht auf etwa 5000 sorgfältig geführten Krankengeschichten, die im Laufe von 15 Jahren unter meiner Leitung und Ueberwachung angefertigt worden sind. Das unausgesetzte Studium dieser Krankengeschichten, ihre Controle durch fortlaufende Beobachtung, die Vergleichung der ähnlichen Fälle unter einander, dazu

1) Krankenvorstellungen aus der psychiatrischen Klinik in Breslau, 1.—3. Heft, Breslau 1899—1900. Schletter'sche Buchhandlung.

das besondere Studium einzelner Symptome an den Kranken erforderte einen solchen Zeitaufwand, dass es mir unmöglich war, auch die in der Litteratur enthaltenen Beobachtungen anderer Autoren in dem Maasse, wie es nothwendig gewesen wäre, für meine Zwecke zu verwerthen. Die eigenen Fälle boten für mich den Vorzug, dass sie für meine Absichten vollständiger untersucht waren, zumal es mir durch Photographien, welche einen integrirenden Bestandtheil unserer Krankengeschichten bilden, meist gelang, die ganze Persönlichkeit ins Gedächtniss zurückzurufen. Sie werden daher Manches nicht erwähnt finden, was von urtheilsfähigen Fachgenossen als bedeutende Leistung geschätzt wird, und überhaupt Alles, was für meine nächsten Zwecke entbehrlich war. In dem naiven Standpunkt Griesinger's, der sich in seinem Lehrbuch fast aussschliesslich auf fremdes, nicht selbst beobachtetes Material stützte, werden Sie den wohl noch tadelnswertheren Fehler in entgegengesetzter Richtung finden. Auf Vollständigkeit darf ich also in keiner Weise Anspruch erheben. So habe ich auch absichtlich die praktisch wichtigen Fragen der gerichtlichen Psychiatrie gar nicht berührt, eine Unterlassung, die nicht auf Mangel an eigener Erfahrung beruht. Wenn Sie eine weitere Anleitung in diesem Gebiete bedürfen, so verweise ich auf den vortrefflichen Leitfaden der gerichtlichen Psychiatrie von A. Cramer.[1]) Auch für das schwierige Gebiet des Blödsinns und Schwachsinns finden Sie in dem schon erwähnten Buche von Emminghaus, für das nicht Jedem schmackhafte Gebiet der Sexual-Pathologie in dem Buche von v. Krafft-Ebing[2]) hinreichende Belehrung.

Trotz dieser Mängel glaube ich, Sie im Allgemeinen den richtigen Weg gewiesen und ein gewisses Verständniss der Psychosen überhaupt eröffnet zu haben. Auch ein sicherer Boden, auf dem weiter gearbeitet werden kann, ist, glaube ich, gewonnen. Ueber die Ziele, die uns dabei vorschweben, kann kein Zweifel bestehen. Neben dem breiteren Ausbau der klinischen Krankheitslehre bildet die pathalogisch-anatomische Begründung der Psychosen unsere nächste Aufgabe. Noch vor 20 Jahren musste man gewärtig sein, von den klinischen Vertretern unseres Faches verlacht zu werden, wenn man dieses Ziel überhaupt nur als in der Zukunft erreichbar hinstellte, ein ausschliesslich kritischer und unfruchtbar skeptischer Standpunkt konnte sich ungestraft breit machen. Wie sehr wir

---

1) Zweite Auflage Jena 1900.

2) Psychopathia sexualis, 9. Aufl. 1895.

trotzdem dem anzustrebenden Ziele näher gerückt sind, will ich versuchen in einigen wenigen Schlussbemerkungen darzuthun.

Ich stelle den Satz voran, dass für die grosse Mehrzahl der acuten und chronischen Psychosen ein anatomischer Befund noch aussteht. Die angeblichen Befunde, welche in den meisten Lehrbüchern aufgezählt werden, wie Trübungen und Verdickungen der Pia mater, vermehrter oder verringerter Blutreichthum des Gehirns, ödematöse Durchtränkung des Gehirns, Vermehrung der Ventrikelflüssigkeit u. dergl. mehr, sind in keiner Weise verwerthbar, da sie zu den gewöhnlichsten Befunden bei den verschiedensten körperlichen Krankheiten gehören, durch die Art der Agone, Lagerung der Leiche und andere zufällige Einflüsse, besonders häufig aber auch durch complicirende körperliche Krankheiten bedingt sein können. Es hiesse nur den Thatbestand verschleiern, wenn man derartigen Befunden für die überstandenen Geisteskrankheiten irgend einen Werth beilegen wollte. Für die meisten Psychosen steht es also hinsichtlich ihrer pathologisch-anatomischen Begründung genau so, wie für die Fälle von degenerativer Polyneuritis vor etwa 30 Jahren. Der Umschwung in der Erkenntniss dieser Fälle ist bekanntlich durch den Nachweis mikroskopischer Veränderungen der periphersten Nervenabschnitte und zwar in auffällig systematischer Bevorzugung der motorischen Nerven erfolgt. Es dürfte Ihnen bekannt sein, dass man jetzt zu der Auffassung hinneigt, die Degeneration dieser distalsten Enden der motorischen Nerven sei stets die Folge einer Erkrankung derjenigen Nervenzellen, welche mit den motorischen Nerven vermittelst ihres Achsencylinderfortsatzes und der vorderen Wurzelfasern zusammenhängen; sind wir doch längst gewöhnt, die Ganglienzellen der Vorderhörner für die Ernährungscentren der vorderen Wurzelfasern zu halten. Die Erkrankung der Ganglienzelle selbst kann dabei unseren jetzigen Untersuchungsmethoden noch verborgen bleiben und unzugänglich sein. Es muss nun jedem Unbefangenen auffallen, dass diejenige Gruppe von Psychosen, für welche ein constanter anatomischer Befund vorliegt, nämlich die progressive Paralyse, ebenfalls zunächst den gleichen Befund einer Faserdegeneration anscheinend ohne Erkrankung der Ganglienzellen ergeben hat. Ich verweise in dieser Beziehung auf meine frühere Darstellung. Dieser Faserschwund nun erwies sich, wie Lissauer dargethan hat, als ein systematischer, der secundären Degeneration entsprechender, und Lissauer gelang es auch in gewissen Fällen, die Quelle dieser secundären Degeneration in dem Untergange ganzer Zellschichten nachzuweisen. Was ihm mit der mühevollen Methode der Verfolgung der Körnchen-

zellen gelungen ist, sehen wir jetzt mittelst der vollkommneren Marchi'schen Methode in der Arbeit Starlinger's[1]) glänzend bestätigt. Ein Blick auf die dieser Arbeit beigegebene Tafel genügt, um den systematischen Charakter aller dieser Degenerationen hervortreten zu lassen. Es ist ebenso der vollkommneren Methode Nissl's[2]) zu verdanken, dass jetzt auch die Erkrankung der Ganglienzellen in jedem Fall von Paralyse sicher gestellt ist. Wie Sie wissen, haben die paralytischen Psychosen gewöhnlich von Anfang an einen gewissen Grad von Blödsinn beigemischt. Es dürfte wohl kein Zufall sein, dass gerade bei dieser Gruppe von Psychosen, die mit einem solchen groben Ausfallssymptom ausgestattet ist, auch zuerst der Nachweis einer constanten anatomischen Veränderung, eben der geschilderten Faserdegeneration der Rinde, gelungen ist. Nun hat sich andererseits herausgestellt, dass auch zu anderen ätiologischen Gruppen gehörende Psychosen, wie die senilen, die alkoholistischen und epileptischen, die gleiche Veränderung der Hirnrinde in Gestalt des Faserschwundes zeigen, so bald sie wie die paralytischen zu dem Ausfallssymptom des Blödsinns geführt haben.[3]) Der verbreitete Faserschwund in der Hirnrinde ist also nicht etwa eine Eigenthümlichkeit des paralytischen Processes, wie auch die bei der Paralyse nachgewiesene Zellenerkrankung nach Nissl's maassgebender Darstellung keine für die Paralyse specifische Form der Zellenerkrankung darstellt. Man wird also darauf gefasst sein müssen, dass demnächst auch in Folge der alkoholistischen, senilen und epileptischen Aetiologie analoge Erkrankungen der Ganglienzellen in der Gehirnrinde aufgefunden werden werden. Wo es nicht zu dem Ausfallssymptom kommt, wie bei allen heilbaren acuten Psychosen alkoholistischer, seniler und epileptischer Begründung, werden wir eine Zellenerkrankung ohne Faserdegeneration, d. h. einen heilbaren Vorgang in der Ganglienzelle voraussetzen dürfen. Dies ist die eine Gedankenreihe, welche für eine grosse Zahl acuter Psychosen eine anatomische Begründung in nicht zu ferner Zeit erwarten lässt.

Andere Thatsachen, die zu dem gleichen Ergebniss führen, liegen auf dem rein klinischen Gebiete. Schon die eine Thatsache, dass wir eine besondere Form der Psychose, begleitet von polyneuritischen Veränderungen des peripherischen Nervensystems, kennen gelernt haben, lässt sich für eine innere Verwandtschaft der poly-

1) l. c.

2) Vgl. S. 495.

3) Vgl. S. 499.

neuritischen Erkrankung mit derjenigen, welche sich im Gehirn abspielt und die Psychose producirt, verwerthen. In ihrer Symptomatologie ist diese polyneuritische Psychose mit der specifisch senilen Psychose, der Presbyophrenie, identisch. Wir können deshalb auch für die letztere die gleiche Veränderung im Gehirn erwarten, besonders wenn wir in Betracht ziehen, dass das Ausfallssymptom eines schweren Gedächtnissdefectes beiden Krankheiten gemeinsam ist. Dass die Presbyophrenie nicht von polyneuritischen Lähmungen begleitet ist, darf uns in dieser Vermuthung um so weniger beirren, als auch sonst gar nicht so selten polyneuritische Psychosen diagnosticirt werden müssen — auf Grund des klinischen Bildes — ohne dass polyneuritische Veränderungen am peripherischen Nervensystem gefunden werden. Ein höchst bemerkenswerther Fall der Art hat sich später als unzweifelhaft paralytisch herausgestellt. Das klinische Bild der polyneuritischen Psychose muss also trotz der voraussichtlich zu findenden polyneuritischen Veränderung, d. h. degenerativen Neuritis oder mit anderen Worten Faserschwund in der Gehirnrinde, als selbstständige Erkrankung des Gehirns, die auch ohne Erkrankung des peripherischen Nervensystems vorkommt, aufgefasst werden. Umgekehrt besteht eine gewisse Wahrscheinlichkeit dafür, dass auch andere klinische Krankheitsbilder auf dem Boden der gleichen polyneuritischen Pathogenese erwachsen können. Ich erinnere an meine Erwähnung eines Falles von agitirter Verwirrtheit nach Bleiintoxication, eines Falles von ungewöhnlich reiner akinetischer Motilitätspsychose in den letzten Wochen vor dem Ausgang einer langjährigen Lungentuberculose, ferner an die verschiedenen Formen von alkoholistischer Psychose und das häufige Vorkommen von Tuberculose in der Ascendenz der Geisteskranken. Ziehen wir dazu noch in Betracht, dass auch der paralytische Process in der Hirnrinde das Gepräge der degenerativen Neuritis trägt, zum mindesten seinem gewöhnlichen Ausgang in Faserschwund nach, so drängt sich uns die Folgerung auf, dass für einen grossen Theil der acuten Psychosen dasselbe zutreffen möge, wie für die degenerative Neuritis des peripherischen Nervensystems, dass sie nämlich der Giftwirkung des Alkohols, der Syphilis und der Tuberculose auf die Ganglienzellen zuzuschreiben sind.

Meine Herren! Ich habe Sie wiederholt darauf hingewiesen, dass die paralytischen Psychosen ihrer Symptomatologie nach nicht nur unter einander äusserst verschieden sind, sondern auch häufig genau die gleichen Krankheiten darstellen, wie die Psychosen anderer Aetiologie. Selbst die Begleiterscheinung des zeitig nachweisbaren

Blödsinns kann diesen Fällen fehlen, wie ich besonders für die paralytische Manie ausgeführt habe. Da wir an der allgemeinen Begründung der Paralyse durch einen greifbaren pathologischen Process nicht zweifeln können, so werden wir also auch den verschiedenartigsten paralytischen Psychosen einen für sie charakteristischen anatomischen Befund zuschreiben müssen. Es wäre höchst merkwürdig, wenn die gleichen Geisteskrankheiten von anderer Aetiologie nicht ebenfalls eine anatomische Veränderung der gleichen Localitäten, wenn auch vielleicht anderer Art, weil Folge einer anderen Giftwirkung, ergeben sollten.

Meine Herren! Dass die Geisteskrankheiten im Vergleich zu anderen inneren Krankheiten als besonders schwer und das Leben bedrohend aufzufassen sind, habe ich wiederholt hervorgehoben. Nicht selten sind sie von Fieber begleitet, ohne dass eine Complication zur Erklärung dafür gefunden wird. Andere Male bewirken sie ohne erkennbaren Grund eine rapide Abnahme des Körpergewichts und führen zum Tode, ohne dass in anderen lebenswichtigen Organen eine Erkrankung nachgewiesen werden kann. Sollte nicht in solchen Fällen das Gehirn, der Ausgangspunkt der beobachteten klinischen Symptome, auch der Ort der Krankheit und diese mindestens mikroskopisch nachweisbar sein? Diese Erwartung hat sich in der That in einer Reihe von acuten zum Tode führenden Psychosen, in denen das Gehirn untersucht worden ist, wirklich bestätigt. Ich erwähne namentlich Fälle von Cramer nach Insolation, Fälle von sogenanntem acuten Delirium, ebenfalls von Cramer,[1]) und endlich eine neueste Arbeit von Alzheimer.[2]) In allen diesen Fällen liess sich entweder durch die Weigert'sche Methode der Markfärbung oder vermittels der Nissl'schen Methode der Methylenblaufärbung der Ganglienzellen eine verbreitete Erkrankung, sei es der Fasern, sei es der Ganglienzellen der Hirnrinde, nachweisen, so dass die Verallgemeinerung dieses Befundes für die meisten Fälle besonders schwer verlaufender Psychosen gar nicht zu umgehen ist. Die Art dieser Zellerkrankung festzustellen, ist im Wesentlichen noch eine Aufgabe der Zukunft. Vorläufig genügt es unserem klinischen Bedürfniss, dass ebenso relativ gutartige und heilbare, als schwere

---

1) A. Cramer, Faserschwund nach Insolation. Centralbl. f. allgem. Pathol. I, S. 185. Pathol.-anat. Befund in einem acuten Falle der Paranoiagruppe. Arch. f. Psych. 29. Bd. 1. Heft.

2) Alzheimer, Das Delirium acutum. Arch. f. Psych. 29. Bd. S. 1019. Beiträge zur pathologischen Grundlage einiger Psychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurolog. 2. Bd. S. 82.

und zur Destruction tendirende Erkrankungsformen unterschieden werden können. Die paralytische Zellerkrankung gehört zu den letzteren. Im übrigen scheint mir ein besonders wichtiges Ergebniss der Arbeit Alzheimer's darin zu bestehen, dass bei gewissen Erkrankungen der Ganglienzellen sehr bald auch die Glia in Mitleidenschaft gezogen wird, in anderen dies nicht der Fall ist. Die letzteren scheinen die relativ gutartigen, leichteren Erkrankungsformen der Ganglienzellen darzustellen. Dem entspricht es auch, dass wir gerade bei der Paralyse die Gliawucherungen fast ausnahmslos anzutreffen pflegen. Doch mögen auch andre nicht paralytische Psychosen von schwerem Verlauf, wie beispielsweise acute Motilitätspsychosen mit raschem Ausgang in Blödsinn, den schweren, mit einer Reizwirkung auf die Glia verbundenen Erkrankungsformen der Ganglienzellen angehören.

Berechtigen uns nun die noch nicht sehr zahlreichen Fälle, welche ich hier im Auge habe, zu dem Schlusse, dass alle acuten Psychosen, auch die an sich nicht schwer verlaufenden, wenn sie etwa durch eine Complication zur Section gelangen sollten, einen ähnlichen, wenn auch nicht greifbaren, so doch unter dem Mikroskop sichtbaren anatomischen Befund ergeben würden? Diese Frage kann nach meiner Ansicht nicht bejaht werden. Eine gewisse Breite von functionellen Psychosen wird jedenfalls zugestanden werden müssen, wenn auch der zur Zeit herrschenden Neigung, dieses Gebiet ins Ungemessene auszudehnen, entgegengetreten werden muss. Zu dieser Annahme rein functioneller Psychosen werden wir unter anderem für die Fälle reiner Manie und affectiver Melancholie dadurch genöthigt, dass sie in der circulären Psychose derartig combinirt vorkommen, dass die eine Phase innerhalb weniger Stunden in die entgegengesetzte Phase umschlagen kann. Gröbere anatomische Veränderungen dürften durch ein solches Verhalten vollständig ausgeschlossen sein. Auch für die Fälle reiner Manie, welche mit der maniakalischen Phase der circulären Psychose vollständig übereinstimmen, trifft dieser Schluss schon deshalb zu, weil wir Zustände gesteigerter Erregbarkeit des Nervensystems ganz allgemein ohne gröbere anatomische Veränderungen antreffen. Dagegen ist für die selbstständige affective Melancholie, welche wir auf eine allgemeine Herabsetzung der Erregbarkeit des Associationsorganes zurückgeführt haben, die Möglichkeit schwererer Schädigung nach den Analogien des peripherischen Nervensystems für gewisse Ausnahmefälle zuzulassen, ganz entsprechend der Erfahrung, dass die affective Melancholie ausnahmsweise unheilbar wird und schliesslich zum Blödsinn

führt. Auf den Mechanismus der Functionsstörung, welcher die entgegengesetzten Zustände der intrapsychischen Hyperfunction und Afunction bedingt, bin ich früher absichtlich nicht eingegangen. Doch muss ich an dieser Stelle die durchaus wahrscheinliche Hypothese Meynert's erwähnen, wonach es sich um eine Neurose in einem subcorticalen Gefässcentrum, wahrscheinlich dem der Medulla oblongata handelt, welche zu den entgegengesetzten Zuständen einer diffusen Hyperämie und Anämie des Associationsorganes führt. Die dauernde Anämie würde unter Umständen zu wirklicher Schädigung der Nervenelemente führen, was uns ja durchaus verständlich erscheint. Ich erinnere hier an den Gegensatz von functioneller Hyperämie in Folge nutritiver Attraction der Gewebselemente, welche eine feinste Localisation zulässt, und der diffusen, jeder Localisation feindlichen Hyperämie in der geistvollen Betrachtungsweise Meynert's. Ebenso wie die Manie und Melancholie wird man diejenigen acuten und chronischen Psychosen, welche ausschliesslich unter den Bedingungen gesteigerter, an sich nicht krankhafter Function entstehen und verharren, den functionellen Psychosen zuzurechnen haben. Die von mir sogenannten fixen Ideen mit allen sich daran anschliessenden Folgeerscheinungen gehören hierher. Nur wo im weiteren Verlauf noch von dieser Quelle unabhängige Erscheinungen auftreten, wie z. B. in den Fällen acuter progressiver Psychose, die als circumscripte Autopsychose beginnen, wird man auch einen anatomischen Befund erwarten dürfen.

Es erhebt sich die weitere Frage, ob ein anatomischer Befund auch in Fällen vollständig geheilter acuter Psychose vorausgesetzt werden darf? Es würde damit die Gelegenheit gegeben sein, den Sectionsbefund an solchen Krankheitsfällen, die später nach der Heilung an einer intercurrenten Krankheit sterben, wissenschaftlich zu verwerthen. Darüber wird uns natürlich nur die Erfahrung belehren. Indessen ist es a priori nicht unwahrscheinlich, dass das Bewusstseinsorgan selbst eine gewisse Einbusse an nervösen Elementen ertragen kann, ohne dass ein nachweisbarer Defect zurückbleibt. In der Weigert'schen Methode der Gliafärbung hätten wir für diesen Fall die Aussicht, noch nach überstandener Krankheit den Ort der schwersten Krankheitsvorgänge nachzuweisen. Wo es sich aber gar um Heilungen mit Defect handelt, wie z. B. in dem Fall von schwerer Motilitätspsychose, den ich zu Beginn dieser Vorlesungen erwähnt habe, bei welchem eine partielle motorische und sensorische Aphasie zurückgeblieben ist, da dürfen wir mit ziemlicher Sicherheit ein positives Ergebniss dieser folgenreichen Untersuchungsmethode erwarten.

Sie sehen, meine Herren, so schwierig die Aufgaben sind, die unser harren, so thöricht wäre es, leugnen zu wollen, dass sie nach dem jetzigen Stande unseres Wissens doch mit einer gewissen Aussicht auf Erfolg unternommen werden können. Aber freilich müssen wir stets bedenken, dass selbst ein erheblicher anatomischer Befund bedeutungslos ist, wenn er nicht mit bestimmten klinischen Daten in einen inneren Zusammenhang gebracht werden kann. Vor allen Dingen wird man den gleichen anatomischen Befund auch nur bei klinisch vollkommen übereinstimmenden Fällen erwarten dürfen. Daher die Nothwendigkeit der Vorarbeiten, an denen Sie in diesen Vorlesungen Theil genommen haben.

Es wird nicht an Pessimisten fehlen, welche meine in Vorstehendem ausgesprochenen Bemerkungen über die Aussichten auf eine anatomisch-pathologische Begründung der Psychosen für höchst überflüssig erklären und die dadurch genährten Hoffnungen nach Möglichkeit herabzustimmen suchen werden. Aber nicht nur, dass die geäusserten Anschauungen, da sie auf Grund einer fünfundzwanzigjährigen Erfahrung erworben sind, doch wohl unbedenklich auch ausgesprochen werden dürfen, ich hatte auch noch einen ganz besonderen Grund, etwas eindringlicher dabei zu verweilen. Sie haben nämlich auf diese Weise erfahren, dass der bisher erhobene anatomische Befund, so verschiedenartig die Fälle waren, uns immer die gleiche anatomische Veränderung enthüllt hat, nämlich degenerative Vorgänge an den Ganglienzellen und Markfasern der Hirnrinde. Für die allgemeine Pathologie der Psychosen ist dieser Umstand, den wir getrost verallgemeinern dürfen, von der allergrössten Bedeutung. Handelt es sich nämlich überall um die gleichen degenerativen Vorgänge des nervösen Parenchyms, so bleiben uns für eine wissenschaftliche Classification der Psychosen nur zwei Normen übrig, die der verschiedenen Localisation des anatomischen Processes und der Verschiedenheit der Aetiologie entnommen werden müssen. Ich bin mit Absicht auf das schwierige Gebiet der Classification in diesen Vorlesungen nicht näher eingegangen und muss Sie auf einen anderwärts gehaltenen Vortrag[1]) verweisen, wenn Sie sich darüber informiren wollen. Auf einen Punkt aber glaube ich zum Schluss Ihre Aufmerksamkeit lenken zu sollen, und das ist der, dass gerade diese meine letzten Bemerkungen geeignet sein dürften, die Nothwendigkeit derjenigen theoretischen Erwägungen darzuthun, welche uns in der ersten Hälfte unserer klinischen Studien, für Sie vielleicht oft recht schwierig zu verstehen, beschäftigt haben.

1) Ueber die Classification der Psychosen. Psychiatr. Abhandl. Heft 12. 1899.

Register.

Abulie 453.
Abwehrbewegungen 14. 52.
Aetiologie der Psychosen 167. 525.
Affect 77, Abblassen des — 160.
Afunction, intrapsychische 18. 341. 443.
Akinese, intrapsychische 18. 118. 347. 408. 446.
— partielle 121.
Akoasmen 189.
Alcoholdegeneration 290.
— epilepsie 290.
— psychosen 502.
Altersblödsinn 549.
Allopsychosen 303.
— asymbolische 303.
— chronische 102.
— hyperkinetische 464.
— maniakalische 402. 466.
— paralytische 478.
Allosomatopsychosen, acute 461.
— chronische 102.
Amentia (Meynert) 402.
Amnésie rétroactive 77. 298. 302. 314.
Anästhesie, psychosensorische 18.
Analogieschluss, Wahnbildung durch — 183.
Anfälle, paralytische 484, Diagnose 488.
— pseudoapoplektische bei Senescenz 549.
Angriffsbewegungen 14. 53.
Angst, Localisation der — 223.
Angstneurose 244. 353.
Angstpsychose, acute 236, Aetiologie 240. 479, Diagnose 241, Prognose 243, Symptome 239, Therapie 244, Verlauf 240.
— Combination mit affectiver Melancholie 243, mit Motilitätspsychosen 469.
Angstpsychose, hypochondrische 245. 249. 263. 479. 519.
Angstvorstellungen 128. 233, bei Angstpsychosen 239.
Anpassung 62.
Anstaltsbehandlung, Aufgaben der — 556.
Aphasie 6. 8, maniakalische 207.
Aphasieschema 7.
Arsenvergiftung, Psychose nach — 506.
Associationsbahnen 5. 26, transcorticale 30.
— bildung 30. 32, krankhafte 184.
— lösung s. Sejunction.
— verbände, Festigkeit der — 103. 204.
— zellen 34.
Astrocyten 498.
Asymbolie 208. 303.
Athmungstypus, fehlerhafter 119.
Aufeinanderfolge von Sinneseindrücken 32.
Aufmerksamkeit 74. 126, Ablenkung der — als Quelle von Wahnbildungen 183, Messung der — 75.
Augenbewegungen 27. 42. 55.
Augenbewegungsvorstellungen 27.
Ausdrucksbewegung 15. 17.
Ausfallssymptome bei Gehirnkranken 114.
Ausgangsvorstellung 11.
Ausgeschliffene Bahnen, Princip der — 12. 34.
Autallopsychose, chronische 102.
Autochthone Ideen 108. 116. 119. 181. 211.
Autopsychosen, acute 305. 323.
— circumscripte 149.

Autopsychosen, expansive durch autochthone Ideen 324, bei Paralyse 366. 475. 477.
— hebephrenische 518.
Autosomatopsychosen, acute 461.
— chronische 102.

Beziehungswahn, phantastisch hypochondrischer 462. 480.
Begriffe, abstracte 70.
— concrete 30. 31.
— Verlust von — 541.
Begriffscentrum 10.
Belastung, erbliche 365. 501.
Benommenheit 77.
Beschäftigungsdelirium 285.
Besessensein 120.
Beweglichkeit, passive, Aenderung der — 477.
Bewegungen, Bedeutung der — für die Psychosen 13, Eintheilung der — 14, Störungen der — 17.
— spontane 51.
— pseudospontane 224. 377. 424.
— rhythmische 457.
Bewegungsdrang, choreatischer 387.
— hypermetamorphotischer 390.
— jactatoider 386.
— rathloser s. Bewegungsunruhe.
Bewegungsempfindung 49.
— losigkeit s. Akinese.
— stereotypien 424, bei Paralytikern 481.
— unruhe 390.
— vorstellung 49.
Bewusstsein 23, Einheit (Enge) des — 33. 73, Grade des — 73. 77, Schwelle des — 74.
— der Aussenwelt 30, der Körperlichkeit 36. 44. 455, der Persönlichkeit 58. 83.
— alternirendes 310.
Bewusstseinsfälschung 81.
— allopsychische 91.
— chronische ascendirende 100.
— residuäre 84. 90.
— somatopsychische 93. 96.
Bewusstseinsinhalt 22. 29. 67. 103, nachträgliche Correctur des — 136.
Bewusstseinsthätigkeit 67. 82.
Beziehungswahn 130, bei Gesunden 131, bei acuten Psychosen 235.
— autopsychischer 132.
— allopsychischer 133.
— retrospectiver 137.
— somatopsychischer 133.
Blasenhypochondrie 254.
Bleivergiftung, Psychose nach 505.
Blödsinn s. Demenz.
Broca'sche Windung 4. 64.
Bromkali bei Quartalssäufern 318.

Causalitätsbedürfniss 33. 136.
Charakter 79.
— Veränderung des — bei Manie 362, bei progressiver Paralyse 545.
Chorea 386.
Circuläre Geisteskrankheit 368.
Cocain, Psychosen durch — 505.
Coma 77.
Confabulation 139. 143. 297. 302.
Contracturstellung nach Motilitätspsychosen 450.

Dämmerzustände bei Delirium tremens 283, bei transitorischen Psychosen 256.
— hysterische 514.
— paralytische 482.
— postepileptische 291. 509.
— präepileptische 313.
Decortication 492.
Defäcationshypochondrie 254.
Degeneration, alcoholistische 290.
— hysterische 516.
— neurotische 365.
Délire chronique à evolution systematique 169.
Delirium acutum 463.
— hysterisches 514.
— paralytisches 478.
— tremens 281, Aetiologie 288, Combination mit Epilepsie 290, Diagnose 291, pathologischer Befund 293, Symptome 282, Therapie 292.
— tremens, chronisches 295.
— — protrahirtes 296.
Demenz 114. 536, alcoholistische 548.
— angeborene 536.

Demenz, epileptische 548.
— erworbene 537, Diagnose 537, Ursachen der — 543.
— hebephrenische 520. 548.
— paralytische 482. 544.
— postapoplektische 547.
— senile 549.
Denken, Arten des — 209.
Desorientirung 218.
Dissimulation 552.

Echolalie 481.
Eifersuchtswahn der Trinker 504.
Eigenbeziehung, krankhafte 130.
Eingeweidegefühle 44.
Empfindungen, Localisation der — 95, sinnlicher Inhalt der — 39.
Energie, specifische der Sinneselemente 103. 204.
Entartung s. Degeneration.
Entlassung, Hindernisse der — 86. 94. 158.
Entmündigung bei Paralyse 490.
Entschlussfähigkeit, Steigerung der — 361.
— unfähigkeit 344.
Ependymitis granulosa 493.
Epilepsie, Psychosen bei — 509.
Erinnerungsbilder 20. 45, Association der — 30, Localisation der — 5. 20, Verhältniss zu den Hallucinationen 205, Verhältniss zu den Wahrnehnehmungsbildern 23. 45.
— olfactorische 23.
— optische 22.
— der Töne 206.
Erinnerungsdefecte 76.
— fälschung 138.
— zellen 25.
Erklärungswahnideen 86. 95. 105. 156, bei acuten Psychosen 180.
— allopsychische 109.
— autopsychische 107.
— für Motilitätssymptome 119. 433.
— retrospective 136.
— somatopsychische 105.
Erlöseridee 225.
Erregbarkeit der Nervenbahnen 17.
Erschöpfungspsychosen 501.

Euphorie, krankhafte, bei Manie 359, bei Presbyophrenie 302.
Expressivbewegung s. Ausdrucksbewegung.

Facialisparese bei Delirium tremens 286, bei progressiver Paralyse 485.
Faserschwund bei progress. Paralyse [495.
Fixe Idee 151.
Flexibilitas cerea 421. 452.
Folie à double forme 368.
Functionelle Psychosen 565.

Ganglienzellen, Anzahl der — 31, Gedächtniss der — 22, Veränderungen bei Paralyse 495.
Gedächtniss 21. 60, Prüfung des — 60.
Gedächtnissschwäche, generelle 63. 77.
Gedanken, Schwinden von — 331.
Gedankenlautwerden 109. 127. 133. 335.
— thätigkeit 68. 103. 115.
Gedankenstillstand 443.
Gefühle, psychische 346.
Gefühlston der Empfindung 39. 44. 130.
Gehirnerschütterung 543.
Gehirnkrankheiten, organische 3.
Geisteskrankheiten s. Psychosen.
Geistesstörung 81, bei Entarteten 169.
— chronische 102.
— residuäre 102.
Gelenkempfindung 49.
Gemeingefühl, Störungen des — 268.
Gemüthsbewegung s. Affect.
Gesichtsfeld, concentrische Einengung des — 75. 339.
Gesichtsfelddefecte 42.
Gesichtsvorstellung 27.
Gleichzeitigkeit von Sinneseindrücken 30. 32.
Gliawucherung 498. 564.
Glücksgefühl, hypochondrisches 174. 233. 330.
— vorstellungen 540.
Grössenwahn, consecutiver 86. 164, Entstehung des — 173.
— maniakalischer 365.
— paralytischer 366. 475.
— religiöser 122.
Grübelsucht 332.
Gutachten, psychiatrische 162.

Habitualformen der Geisteskrankheiten 407.
Hallucinationen 114. 116. 188, Abhängigkeit vom Affect 233, abgeänderte — bei Erkrankung der Projectionsfelder 204, Erklärungswahnideen für — 110, Localisation 205, Beziehungen der — zum Sejunctionsvorgang 114. 201, Theorie der — 198, Uncorrigirbarkeit der — 126. 191.
— akustische s. Phoneme.
— combinirte 196.
— elementare 206.
— functionelle 192.
— des Geruchs 193.
— des Geschmacks 193.
— optische s. Visionen.
— tactile 110. 196.
— traumhafte 182. 197. 203. 282, s. auch Dämmerzustände.
Hallucinosis, acute 270. 503, Aetiologie 278. 479, Diagnose 278, Prognose 280, Therapie 279, Verlauf 279. 529.
— acute progressive 280.
— chronische 165. 279.
— residuäre 117. 131. 159.
Handlung 16.
— impulsive 234. 388.
Hautempfindung, Störungen der — 42.
Hebephrenie 174. 518.
Heboid, Heboidophrenie 321. 518.
Hemiplegie bei Paralyse 489, hypochondrische 450.
Herdsymptome 3. 104, bei progressiver Paralyse 9. 496.
Hirngewichtstabelle bei Psychosen 491.
Hirnrinde, Atrophie der — 490. 547.
Hinterstrangerkrankung bei Paralyse 476.
Hydrocephalus externus 492.
— internus 492. 501. 504.
Hyoscin 393.
Hyperästhesie der Sinnesorgane 213.
— psychosensorische 18. 188. 265.
Hyperfunction, intrapsychische 18. 341.
Hyperkinese, intrapsychische 18. 360.
Hyperkinese, psychomotorische 18.
Hypermetamorphose 212. 378.
Hypochondrie s. Somatopsychose.
Hypochondrische Lähmung 449.
Hypoglossusparese bei Delirium tremens 286.
Hysterie 310, Psychose bei — 514.
Hysterische Lähmung 449.

Jactation 386.
Ideenflucht 358. 396. 398.
Identification 8. 30, Störung der — 9. 17. 209. 284.
Idiotie 537.
Illusion 109. 188. 228.
Imbecillität 537.
Impulsive Handlungen 234. 388.
Inanitionsdelirium 526.
Inanitionspsychosen 501.
Incontinenz, emotionelle 547.
Individualität 58. 306, Zerfall der — 89. 113. 139. 221.
Influenza 500.
Initiativbewegungen 14. 16. 120.
Innervationsgefühl 50.
Insufficienzgefühl, subjectives 345.
Interesse 346.
Intermissionen 529.
Intoxication, delirante Zustände bei — 289.
Intrapsychische Bahn 18.
Involution, senile 521.
Irradiation der Reflexe 49.
— der Reize 204.
— des Willensimpulses 448.
Isolirte Leitung, Gesetz der — 4.
Isolirung der Geisteskranken 557.

Katalepsie 428. 515.
Katatonie 429. 468.
Klangbilder 7, Localisation der — 208.
Kleinheitswahn bei affectiver Melancholie 233. 344, bei Angstpsychosen 240, bei Zwangsvorstellungspsychose 333.
— phantastischer 349.
Kleptomanie 333.
Klimakterium 522.

Körpergewicht, Verhalten des — bei acuten Psychosen 161. 531.
Krankheitseinsicht 61, Mangel an — 85. 156.
Krankheitscurve 530.
— verlauf 527.
Kritik 200.

Lähmung, hypochondrische 449.
— hysterische 449.
Lageempfindung 49.
Leitungsfähigkeit, Veränderung der — 18.
Localzeichen der Netzhaut 26. 41.
Lucida intervalla bei Manie 365.
Lustgefühl 78.

Maladie du doute 333.
Manie, reine 358, Aetiologie 365, Combination mit Melancholie 367, Diagnose 365, Prognose 368, Symptome 358, Verlauf 364, Therapie 369.
— chronische 369.
— periodische 316. 399. 402.
— raisonnirende 316.
— verworrene 394.
— zornmüthige 466. 472. 524.
Melancholie, affective 344, Aetiologie 353. 478, Diagnose 352, Prognose 350, Symptome 344, Therapie 354.
— agitirte 241.
— attonita s. cum stupore 429.
— depressive 166. 347. 443.
— hypochondrische 265.
— recidivirende (stellvertretende) 357. 368.
Meningitis 502, delirante Zustände bei — 289.
Meningoencephalitis 492.
Menstrualpsychosen 376. 523.
Merkfähigkeit 76, Verlust der — 297. 302. 483.
Mienenspiel 15.
Mitvorstellungen 172.
Monomanie 171.
Moral insanity 62. 320.
Morphium, Psychose durch — 505.
Mortalität bei acuten Psychosen 534.
Motilitätspsychosen, Theorie der — 455.
— akinetische 408, Aetiologie 434, Combination mit anderen Psychosen 465, Diagnose 434, Prognose 437. 442, Symptome 419, Verlauf 431, Therapie 435.
— complete 441.
— cyklische 440.
— hyperkinetische 371, akinetische Phasen bei — 439, Aetiologie 376. 392, Combination mit anderen Psychosen 464, Diagnose 392, Prognose 392, Symptome 377, Verlauf 391, Therapie 393.
— zusammengesetzte 468.
Muskelgefühl 44. 49.
Muskelcoordination 51.
Muskelsinn 50.
Muskelstarre 421.
Mutacismus 6, bei Akinese 121, bei Hyperkinese 378.
— initiativer 447.
— reactiver 455.

Nachahmungstrieb 69. 556.
Nachbilder 23.
Nahrungsverweigerung bei akinetisch. Zuständen 121. 419. bei Melancholie 349, bei Somatopsychosen 250.
Negativismus 420. 451.
Nervenstrom 116. 126.
Netzhautbilder 26.
Netzhauterregung, Form der — 25.
Neubildung von Worten 164.
Neurose, hypochondrische 263.
Nivellirung der Vorstellungen 315. 320. 362.
Normalwerthigkeit der Vorstellungen 79.

Occipitallappen, Erkrankungen des — 42.
Organempfindungen 39. 52, gesteigerte Erregbarkeit der — 212.
— krankhafte, Einfluss der — auf die Motilität 215.

Pachymeningitis haemorrhagica 493.
Parabadie 458.

Parästhesie, psychosensorische 18. 188.
— des Gemeingefühls 268.
Parafunction 18.
Paragraphie bei Delirium tremens 286.
— bei Paralyse 488.
Parakinese 18. 423.
Paralexie bei Delirium tremens 282.
Paralyse, progressive: Aetiologie 475. 477, Diagnose 486, Herdsymptome 485, Klinische Stellung 9, Krankheitsbegriff 475, Locolisation des Degenerationsprocesses 497, makroskopischer Befund 490, mikroskopischer Befund 494, Prodromalsymptome 476, Remissionen 384, spinale Symptome 476.
— atypische 486, anatomischer Befund bei der — 493. 495.
— aufsteigende 486.
— galoppirende 480.
— paranoische Form der — 367.
Paranoia 101.
— chronica simplex 163.
— completa 169.
— hallucinatoria 163.
— originaria 174.
— primaria 170.
Paranoische Zustände 84. 101, nach acuten Psychosen 165, nach Motilitätspsychosen 433, Eintheilung 168, Nomenclatur 102, Verlauf 164.
Paraphasie 207. 458.
Paraplegie, hypochondrische 449.
Parastasie 458.
Perceptionszellen 23. 45. 47.
Periencephalitis 492.
Perseveration 510. 513.
Persönlichkeit s. Individualität.
Personenverkennung 230.
Phenacismen 189. 231.
Phoneme 126. 189, Projiciren der — auf die Umgebung 129. 189, zwangsmässiges Nachsprechen von — 207, Sitz der — 208.
— bei Melancholie 349, bei Manie 364.
— desorientirende 191.
Phrenici, Insufficienz der — 119.
Pia mater, Verhalten der — bei progressiver Paralyse 492.
Polyneuritische Psychose 296, Aetiologie 503. 507, Prognose 300, Symptome 297.
Polyneuritis 300.
Presbyophrenie 301, Aetiologie 301. 478. 521, Symptome 302.
Primordialdelirien 170. 181.
Progressiva divergens 367. 475.
Projectionsfasern der Netzhaut 57.
Projectionsfelder in der Rinde 4. 38, der Eingeweide 44, der Sprache 7.
Projectionssystem 3.
Pseudoapoplektische Anfälle in der Senescenz 549.
Pseudoflexibilität 425. 451.
Pseudomelancholie 444.
Pseudoparalyse, alcoholistische 505.
Psychomotorische Bahn 18, Störung der — 378.
Psychophysische Bewegung 72.
Psychosen, Aetiologie 500. 525, Stellung der — zu den organischen Gehirnkrankheiten 2, — als Folge der Sejunction 135, Verhältniss der acuten zu den chronischen — 177, Abgelaufensein der — 155, Ausgänge 534.
Psychosen, acute 177, Grundformen der — 459, Verlauf 527.
— acute progressive sensorische 463.
— — totale sensorische 461.
— chronische 102, Verlauf 164.
— circuläre 368.
— epileptische 509.
— functionelle 565.
— hebephrenische 518.
— hereditäre 507.
— hysterische 514.
— gemischte 460.
— klimakterische 522.
— menstruelle 523.
— periodische 527.
— puerperale 524.
— senile 521.
— symptomatische 526.
— zusammengesetzte 467.
Psychosensorische Bahn 18.

Pubertätspsychosen 518.
Puerperalmanie 392. 524.
Puerperalpsychosen 524.
Pupillenstarre 476.

Quärulantenwahn 140. 151.
Quartalssäufer 317.

Rathlosigkeit 219. 467, Ausbleiben der — 226, Handlungen der — 223.
— allopsychische 221.
— autopsychische 222.
— motorische 225.
— somatopsychische 223.
Raumbild der Retina 41.
Raumsinn der Haut 56, des Gehörorgans 43, der Retina 41.
Rauschzustand, pathologischer 288. 503.
Reactivbewegungen 14. 15.
Rededrang 18, bei Manie 361.
— isolirter der Paralytiker 481.
— paraphasischer 207.
— psychomotorischer 379.
Reflexbewegungen 14. 48.
— angeborne 39. 215.
Reflexbogen, psychischer 16.
Reflexhallucinationen 134. 192.
Regungslosigkeit 419.
Reizwirkung 114, Localisation der — 207.
Remissionen 530, bei Paralyse 484.
Rückerinnerung 76.

Schädeldach, Veränderungen des — bei Paralyse 493.
Scheitellappen, Erkrankungen des — 42.
Schläfelappen, Reizsymptome des — 211.
Schlaf 45.
Schlundsonde, Gebrauch der — 435.
Schmerzgefühl 78.
Schreckhaftigkeit bei Epileptikern 213.
Schwachsinn s. Demenz.
Schwellenwerth der Empfindungen 75.
Sécond état 311.
Seelenblindheit 22.
Sehhügel, Atrophie des — 493.
Sehnenreflexe, Aenderung der — 477.
Sejunction 113.
Seitenstrangerkrankung bei Paralyse 476.
Selbstanklagedelirium s. Kleinheitswahn.
Selbstbewusstsein 65.
Selbstgefühl, Steigerung des — 91, bei Maniacis 360.
Selbstmord bei Melancholie 346, bei Manie 364.
Senescenz 521.
Simulation 554.
Sinnestäuschungen, gesetzmässiger Inhalt der — 232, im Uebrigen s. Hallucination und Illusion.
Sinneswahrnehmung 45.
Somatopsychosen, Abgrenzung der — gegen hypochondrische Neurosen 263, Localisation der krankhaften Empfindungen bei — 262, motorisches Verhalten bei — 250. 263.
— acute 269, Aetiologie 262, Symptome 263. 265, Prognose 264.
— ascendirende — 251. 519.
— circumscripte intestinale 249. 255.
— paralytische 267. 480.
Somnolenz 77.
Spindelzellen 34.
Sprache, Projectionsfelder der — 7. 8, sociale Bedeutung der — 59, Bedeutung für die Diagnose 553, Entwicklung 52, Verständniss 71.
Sprachbahnen 7.
Sprachbewegungsvorstellungen 7.
Sprachcentrum, sensorisches 127.
Sprachhallucinationen 126.
Sprachschema 12.
Sprachstörung, paralytische 476.
Stimmenhören 126. 189.
Stimmen, befehlende und verbietende 122. 126. 234.
Stummheit s. Mutacismus.
Stupor, alcoholistischer 504.
— paralytischer 478.
— postepileptischer 511.
Suggerirte Hallucinationen bei Delirium tremens 282.

Suggestion 144.
Sylbenstolpern 286. 476.
Syncopale Zustände bei Motilitätspsychosen 448.
Systematisirung von Wahnvorstellungen s. diese.

Taboparalyse 486.
Tastbewegung 42. 53.
Tasthallucination 110. 196.
Tastlähmung 20.
Tastorgan 53.
Tastvorstellung 53. 54.
Thätigkeitsdrang bei Manie 361.
Tobsucht 391.
Tonus, psychischer 341.
Transitivismus 226.
Traum als Ausgang von Confabulation 143.
Trunksucht, periodische 317.

Ueberwerthige Idee 140. 146, bei Melancholie 152. 354, als Grundlage für Illusionen 227.
Unheilbarkeit 83. 105.
Urtheilsschwäche 538.

Verbigeration 6. 378. 424. 457.
Verbrecherthum 62.
Verfolgte Verfolger 154.
Verfolgungswahn durch Erklärungsbedürfuiss 86.
— altruistischer 279.
— hypochondrischer 134.
— physikalischer 110. 120, bei acuter Hallucinosis 279.
— primärer 173.
Verharren in Stellungen 421.
Verrücktheit s. Paranoia.
Verwirrtheit, acute s. Amentia.
— agitirte 394.
— asthenische 404.
— genetische 397.
— ideenflüchtige 360.
— inhaltliche 166. 536.
— primäre (dissociative) 395. 404.
— primäre asthenische 406. 466.
Visionen 194. 206, Abhängigkeit der — vom Affect 235, Projection der — in den Raum 195.
Vorstellungen, Localisation der — 11. 21, Normalwerthigkeit der — 79.

Wahnvorstellungen 86 ff., 182 ff.
— Systematisirung der — 105. 141.
— religiöse 122. 433.
Wahrnehmungsbild 24.
Wiedererkennen, Vorgang des — 21. 25.
Wille 74. 342.
Willensthätigkeit, Herabsetzung der — 344.
Wortklangbild s. Klangbild.
Wuthanfall, epileptischer 509.

Zerstreutheit 213.
Zielvorstellung 11. 17. 68.
Zornmüthigkeit 361. 512.
Zurechnungsfähigkeit bei überwerthiger Idee 140.
Zwangsmittel 558.
Zwangssprechen 447.
Zwangsvorstellung 108. 116. 145.
Zwangsvorstellungsneurose 332. 508.
— psychose 332. 508.
Zweiter Zustand 311. 503. 512.